

令和5年度 集団指導

【指定(介護予防)通所リハビリテーション】

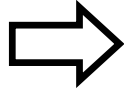
東京都福祉局

◎ お問い合わせ先一覧

※ 確認内容によって問い合わせ先が異なりますので、間違わないようお願いします。

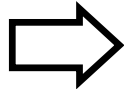
1 介護保険に関すること

事業運営に関しては



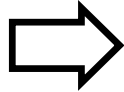
<問い合わせ先>
東京都福祉局 高齢者施策推進部 介護保険課 介護事業者担当
TEL 03-5320-4175(直通)

指定・変更に関しては



<問い合わせ先>
(公財)東京都福祉保健財団 事業者支援部 事業者指定室
TEL 03-3344-8517(直通)

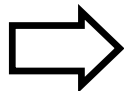
指導検査に関しては



<問い合わせ先>
東京都福祉局 指導監査部 指導第一課 介護機関指導担当
TEL 03-5320-4284(直通)

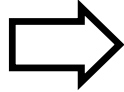
2 医療保険に関すること

・施設基準等の届出
・指定・変更 に関しては



<問い合わせ先>
関東信越厚生局 東京事務所 審査課
TEL 03-6692-5119

医療保険に関しては



<問い合わせ先>
・関東信越厚生局 東京事務所 指導課 TEL 03-6692-5126
・東京都保健医療局 保健政策部 国民健康保険課 保険医療機関指導担当
TEL 03-5320-4172(直通)

3 生活保護法に関すること

<問い合わせ先>
東京都福祉局 生活福祉部 保護課 介護担当 TEL 03-5320-4059(直通)

4 介護報酬・診療報酬(国保、後期高齢者医療)の請求に関すること

<問い合わせ先>
東京都国民健康保険団体連合会 TEL 03-6238-0011(代表)

<東京都福祉局のホームページ>

- 指定手続き、運営・算定等基準に関する事項
指定申請・更新・変更等、厚生労働省省令・告示・通知等

東京都福祉局 > 高齢者 > 介護保険 > 東京都介護サービス情報

- 指導・監査に関する事項
指導検査要綱・実施方針・指導検査基準・自己点検表、集団指導資料等

東京都福祉局 > 福祉の基盤づくり > 社会福祉法人・施設等の指導検査

目次

注記:令和5年7月に東京都で行われた組織改正により、福祉保健局は福祉局、指導監査部指導第三課は指導監査部指導第一課、高齢社会対策部は高齢者施策推進部に再編されました。本テキスト中に以前の名称で表記している資料がある場合があります。申し訳ございませんが、新名称に読み替えてご利用ください。

1	指導・監査の実施について	6
2	通所リハビリテーションに係る留意事項について	20
I	基本方針	25
II	人員に関する基準	26
III	設備に関する基準	34
IV	運営に関する基準	
1	管理者等の責務	37
2	運営規程	37
3	勤務体制の確保等	40
4	業務継続計画の策定等	45
5	内容及び手続の説明及び同意	47
6	提供拒否の禁止	49
7	サービス提供困難時の対応	49
8	受給資格等の確認	49
9	要介護等認定の申請に係る援助	50
10	心身の状況、病歴等の把握	51
11	居宅介護支援事業者等との連携	51
12	法定代理受領サービス等の提供を受けるための援助	51
13	居宅サービス計画に沿ったサービスの提供	52
14	居宅サービス計画等の変更の援助	52
15	サービスの提供の記録	53
16	利用料等の受領及び領収証の交付	54
17	保険給付の申請に必要な申請書の交付	57
18	指定通所リハビリテーションの基本取扱方針	57
19	指定通所リハビリテーションの具体的取扱方針	58
20	通所リハビリテーション計画の作成	64
21	(介護予防)指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たって留意すべき事項	69

2 2	(介護予防)安全管理体制等の確保	70
2 3	利用者に関する区市町村への通知	70
2 4	緊急時等の対応	71
2 5	定員の遵守	71
2 6	非常災害対策	71
2 7	衛生管理等	72
2 8	掲示	74
2 9	秘密保持等	75
3 0	居宅介護支援事業者等に対する利益供与の禁止	76
3 1	苦情処理	77
3 2	地域との連携等	78
3 3	事故発生時の対応	78
3 4	虐待の防止	79
3 5	会計の区分	83
3 6	記録の整備	83
3 7	電磁的記録等	84

V 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準

1	算定基準	86
2	通所リハビリテーション費	87
3	定員超過利用・人員欠如に該当する場合の所定単位数の算定	103
4	感染症等を理由とした利用者数の減少に対する取扱い(3%加算)	106
5	理学療法士等体制強化加算	110
6	延長サービスを行った場合の加算(延長加算)	111
7	リハビリテーション提供体制加算	113
8	入浴介助加算	114
9	リハビリテーションマネジメント加算	119
10	短期集中個別リハビリテーション実施加算	128
11	認知症短期集中リハビリテーション実施加算	129
12	生活行為向上リハビリテーション実施加算	133
13	若年性認知症利用者受入加算	137
14	栄養アセスメント加算	139
15	栄養改善加算	142
16	口腔・栄養スクリーニング加算	147
17	口腔機能向上加算	150
18	サービス種類相互の算定関係	155
19	重度療養管理加算	157
20	中重度者ケア体制加算	159
21	科学的介護推進体制加算	161
22	事業所と同一の建物に居住する利用者に対する取扱い	164

23	事業所が送迎を行わない場合（送迎減算）	166
24	移行支援加算	167
25	（介護予防）利用開始月から12月を超えてリハビリテーションを行う場合の減算	171
26	（介護予防）運動器機能向上加算	171
27	（介護予防）選択的サービス複数実施加算	174
28	（介護予防）事業所評価加算	176
29	サービス提供体制強化加算	179
30	介護職員処遇改善加算	182
31	介護職員等特定処遇改善加算	199
32	介護職員等ベースアップ等支援加算	210

【参考通知】

・「指定通所リハビリテーションにおける理学療法、作業療法士、又は言語聴覚士に係る人員基準及び介護報酬上の取扱いについて（平成15年5月30日老老発第0530001号・老振発第0530001号）	213
・「介護保険の給付対象事業における会計の区分について」（平成13年3月28日老振発第18号）	214
・「押印についてのQ&A」（令和2年6月19日内閣府・法務省・経済産業省）	228
・「通所介護等において感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の評価に係る基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和3年3月16日老認発0316第4号・老老発0316第3号）	233
・「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和3年3月16日老認発0316第3号・老老発0316第2号）	258
・「科学的介護情報システム（LIFE）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和3年3月16日老老発0316第4号）	347
・「通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて」（平成12年3月30日付老企第54号）	367
・「入所者等から支払を受けることができる利用料等について（通知）」（平成23年3月11日付22福保高施第2016号・22福保高介第1546号）	373
・「介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算及び介護職員等ベースアップ等支援加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和4年6月21日老老発0621第1号）	386

3	各届出の方法及び留意点について	420
4	介護給付費の請求事務に関する留意点	458
5	生活保護法及び中国残留邦人等支援法の指定申請手続きの流れ	467

1 指導・監査の実施について

1 指導・監査の実施について

1 「指導」について

「指導」

利用者の自立支援及び尊厳の保持を念頭に置き、制度管理の適正化とより良いケアの実現に向けて、介護サービス事業者の質の確保・向上を図ることを主眼として実施する。

【実施方法】 ① 集団指導 ② 運営指導（一般指導・合同指導）

① 集団指導

介護保険法の趣旨・目的の周知、指定事務や介護報酬請求事務の説明等の講習を実施
令和3年度から動画視聴形式により実施

② 運営指導 ※今年度から実地指導は運営指導に改称しました。

（都道府県が行う運営指導）

【根拠法令】介護保険法

（帳簿書類の提示等）

第24条 厚生労働大臣又は都道府県知事は、介護給付等（居宅介護住宅改修費の支給及び介護予防住宅改修費の支給を除く。次項及び第208条において同じ。）に関して必要があると認めるときは、居宅サービス等を行った者又はこれを使用する者に対し、その行った居宅サービス等に関し、報告若しくは当該居宅サービス等の提供の記録、帳簿書類その他の物件の提示を命じ、又は当該職員に質問させることができる。

2 厚生労働大臣又は都道府県知事は、必要があると認めるときは、介護給付等を受けた被保険者又は被保険者であった者に対し、当該介護給付等に係る居宅サービス等の内容に関し、報告を命じ、又は当該職員に質問させることができる。

（区市町村が行う運営指導）

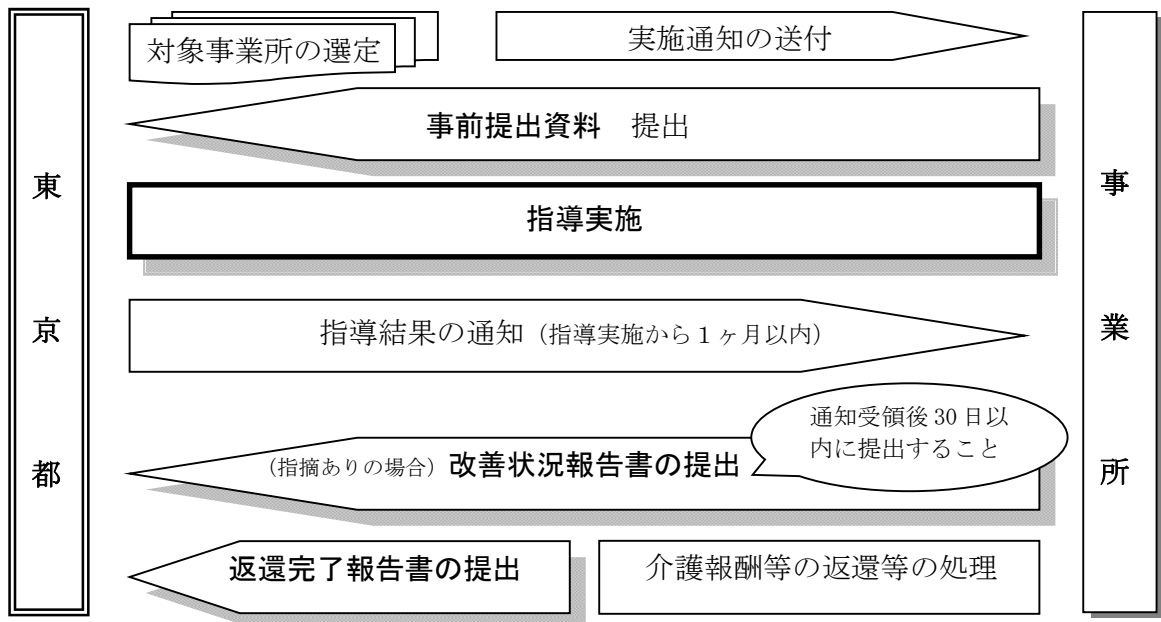
【根拠法令】介護保険法

（文書の提出等）

第23条 市町村は、保険給付に関して必要があると認めるときは、当該保険給付を受ける者若しくは当該保険給付に係る居宅サービス等（居宅サービス（これに相当するサービスを含む。）、地域密着型サービス（これに相当するサービスを含む。）、居宅介護支援（これに相当するサービスを含む。）、施設サービス、介護予防サービス（これに相当するサービスを含む。）、地域密着型介護予防サービス（これに相当するサービスを含む。）若しくは介護予防支援（これに相当するサービスを含む。）をいう。以下同じ。）を担当する者若しくは保険給付に係る第45条第1項に規定する住宅改修を行う者又はこれらの者であった者（第24条の2第1項第1号において「照会等対象者」という。）に対し、文書その他の物件の提出若しくは提示を求め、若しくは依頼し、又は当該職員に質問若しくは照会をさせることができる。

○ 運営指導の流れ

全体の流れ



* 検査結果及び改善状況を福祉保健局ホームページに掲載

《 当日の流れ 》

あいさつ及び打ち合わせ ⇒ 施設内の確認(利用者が通常使用する諸室、設備等) ⇒
書類の確認、質疑応答 ⇒ 講評

2 「監査」について

「監査」

指定基準違反や不正請求等が疑われるとき、その確認及び行政上の措置が必要であると認められる場合に、介護保険法第5章の規定に基づき実施する。

〈居宅サービス〉

【根拠法令】介護保険法

※介護予防：第115条の7

(報告等)

第76条 都道府県知事又は市町村長は、居宅介護サービス費の支給に関して必要があると認めるときは、指定居宅サービス事業者若しくは指定居宅サービス事業者であった者若しくは当該指定に係る事業所の従業員であった者(以下この項において「指定居宅サービス事業者であった者等」という。)に対し、報告若しくは帳簿書類の提出若しくは提示を命じ、指定居宅サービス事業者若しくは当該指定に係る事業所の従業員若しくは指定居宅サービス事業者であった者等に対し出頭を求め、又は当該職員に関係者に対して質問させ、若しくは当該指定居宅サービス事業者の当該指定に係る事業所、事務所その他指定居宅サービスの事業に関係のある場所に立ち入り、その設備若しくは帳簿書類その他の物件を検査させることができる。

(第2項 省略)

3 「勧告・命令等」について

〈居宅サービス〉

【根拠法令】法第76条の2(介護予防：115条の8)

(1) 勧告(行政指導)

都道府県知事は、指定居宅サービス事業者が以下の場合に該当すると認めるときは、期限を定めて、是正の措置をとるべきことを勧告することができるとしている。

- ① 法第74条第1項の都道府県の条例で定める基準又は員数を満たしていない場合
- ② 法第74条第2項に規定する指定居宅サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な指定居宅サービスの事業の運営をしていない場合
- ③ 法第74条第5項に規定する便宜の提供を適正に行っていない場合

※ 期限内に「勧告」に従わなかったときは、その旨を公表することができる。

(2) 命令(行政処分)

都道府県知事は、「勧告」に対して、正当な理由がなく勧告に係る措置をとらなかった場合に、期限を定めてその勧告に係る措置をとるべきことを命ずることができるとしている。

※ 「命令」を行った場合はその旨を公示しなければならない。

4 「指定の取消し、指定の全部又はその一部の効力の停止」(行政処分)について

都道府県知事は、介護保険法において定められている指定事業者の指定取消し等の要件に該当する場合には、指定事業者に係る指定の取消し、又は期間を定めてその指定の全部若しくは一部の効力を停止することができる。

〈居宅サービス〉

【根拠法令】介護保険法

※介護予防：第115条の9

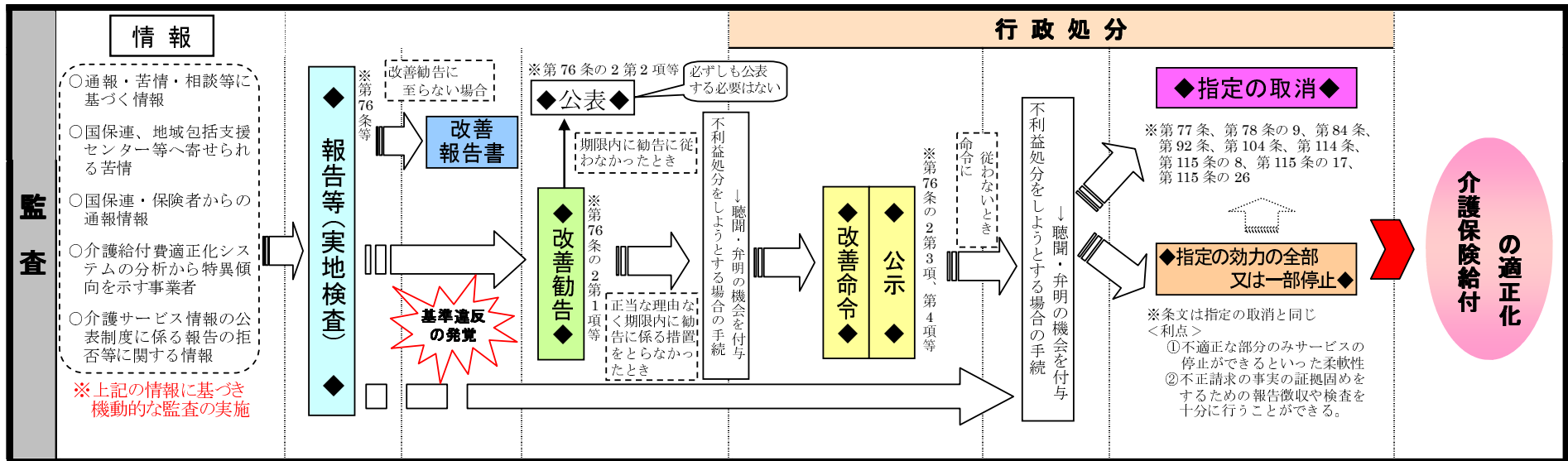
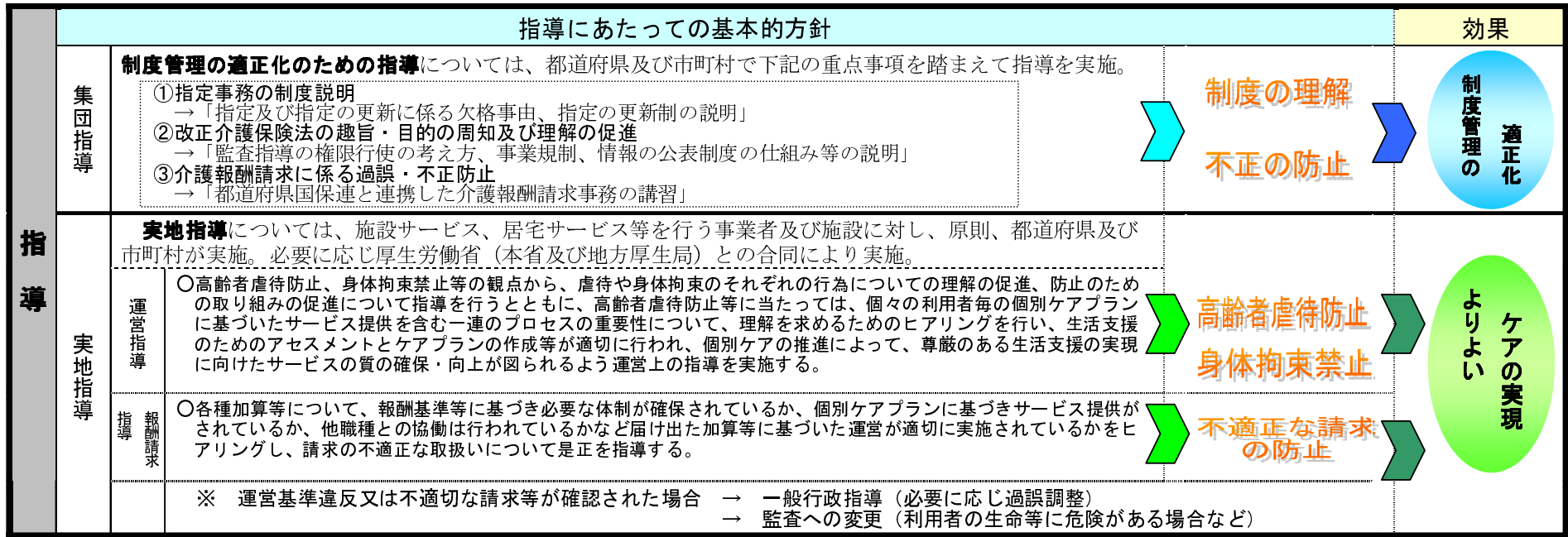
(指定の取り消し等)

第77条 都道府県知事は、次の各号のいずれかに該当する場合には、当該指定居宅サービス事業者に係る第41条第1項本文の指定を取り消し、又は期間を定めてその指定の全部若しくは一部の効力を停止することができる。

- 一 指定居宅サービス事業者が、第70条第2項第4号から第5号の2まで、第10号(第5号の3に該当する者のあるものであるときを除く。)、第10号の2(第5号の3に該当する者のあるものであるときを除く。)、第11号(第5号の3に該当する者であるときを除く。)又は第12号(第5号の3に該当する者であるときを除く。)のいずれかに該当するに至ったとき。
- 二 指定居宅サービス事業者が、第70条第9項又は第11項の規定により当該指定を行うに当たって付された条件に違反したと認められるとき。
- 三 指定居宅サービス事業者が、当該指定に係る事業所の従業者の知識若しくは技能又は人員について、第74条第1項の都道府県の条例で定める基準又は同項の都道府県の条例で定める員数を満たすことができなくなったとき。
- 四 指定居宅サービス事業者が、第74条第2項に規定する指定居宅サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な指定居宅サービスの事業の運営をすることができなくなったとき。
- 五 指定居宅サービス事業者が、第74条第6項に規定する義務に違反したと認められるとき。
- 六 居宅介護サービス費の請求に関し不正があったとき。
- 七 指定居宅サービス事業者が、第76条第1項の規定により報告又は帳簿書類の提出若しくは提示を命ぜられてこれに従わず、又は虚偽の報告をしたとき。
- 八 指定居宅サービス事業者又は当該指定に係る事業所の従業者が、第76条第1項の規定により出頭を求められてこれに 응 ぜ ず、同項の規定による質問に対して答弁せず、若しくは虚偽の答弁をし、又は同項の規定による検査を拒み、妨げ、若しくは忌避したとき。ただし、当該指定に係る事業所の従業者がその行為をした場合において、その行為を防止するため、当該指定居宅サービス事業者が相当の注意及び監督を尽くしたときを除く。
- 九 指定居宅サービス事業者が、不正の手段により第41条第1項本文の指定を受けたとき。
- 十 前各号に掲げる場合のほか、指定居宅サービス事業者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるもの又はこれらの法律に基づく命令若しくは処分に違反したとき。
- 十一 前各号に掲げる場合のほか、指定居宅サービス事業者が、居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をしたとき。
- 十二 指定居宅サービス事業者が法人である場合において、その役員等のうちに指定の取消し又は指定の全部若しくは一部の効力の停止をしようとするとき前五年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者があるとき。
- 十三 指定居宅サービス事業者が法人でない事業所である場合において、その管理者が指定の取消し又は指定の全部若しくは一部の効力の停止をしようとするとき前五年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。

(第2項 省略)

都道府県・市町村が実施する指導・監査について



※「介護保険施設等の指導監督について」（平成18年10月23日老発第1023001号厚生労働省老健局長通知）

令和5年度 医療系介護サービス事業者等実地検査実施方針

1 基本方針

令和3年度の介護報酬改定より、感染症や災害への対応力強化に加え、地域包括ケアシステムの推進や自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現に向けて、在宅サービスの機能・連携の強化やリハビリテーションマネジメントの強化が図られており、例えば訪問看護では退院当日の訪問看護を主治医が必要と認める場合は算定が可能となり、訪問・通所のリハビリテーションでは医師の詳細な指示や定期的な評価を全事業所に義務付けるなど、増大する医療系介護ニーズに対応した整備が進められている。

また、令和4年度には厚生労働省から「介護保険施設等の指導監督について」の改定が令和4年3月31日付老発0331第6号で通知された。

こうした中で、指導については、利用者の保護、介護サービスに係る指定基準の遵守、保険給付の適正化を図るとともに、事業者を育成・支援することを主眼に置いて実施する。また、居宅療養管理指導は、令和4年度の実態調査結果を踏まえて、集団指導等の実施について三師会の協力を得つつ検討する。

監査については、実地指導の結果又は各種情報から指定基準違反や不正請求が疑われる場合に、不適正な運営や介護報酬の不正受給を早期に停止させることに主眼を置いて、機動的に実施する。

2 指導の重点項目

(1) 指定訪問看護

ア 人員基準

人員基準に定める職員の資格及び員数を満たしているか。

イ 運営基準

(ア) 利用者の病状、心身の状況等に応じた適切なサービスの提供がされているか。サービス提供の開始に際し、主治医の指示を文書で得ているか。

(イ) サービス提供を開始するに当たり、内容及び手続の説明並びに同意（個人情報利用を含む。）が適切に行なわれているか。

(ウ) 訪問看護計画書

訪問看護計画書は、利用者の希望、主治医の指示及び心身の状況等を踏まえて、看護師等が作成し、作成に当たっては利用者・家族に説明、同意、交付を行っているか。

また、主治医に対して、定期的に訪問看護計画書及び訪問看護報告書を提出しているか。

(エ) 運営規程、料金表、重要事項説明書が整備され、掲示されているか。

(オ) 利用料の受領に当たっては、内容を説明し、領収書を交付した上で、適切な額を受領しているか。

(カ) 非常災害時や停電などの緊急時について、具体的な対応策が検討され、関係機関との連携、従業者への周知が図られているか。

(キ) 苦情、事故、感染症及び食中毒が発生した場合、適切な対応が取られているか。

また、区市町村及び国保連からの指導、助言に対して、改善を図っているか。

ウ 介護報酬関係

介護報酬算定に関する告示を適切に理解した上、加算・減算等の基準に沿って介護報酬が請求されているか。

(2) 指定通所リハビリテーション及び指定訪問リハビリテーション

ア 人員基準

人員基準に定める職員の資格及び員数を満たしているか。

イ 設備基準（通所リハビリテーション）

(ア) リハビリテーションを行なうにふさわしい基準を満たした専用の部屋が確保されているか。

(イ) 必要な設備及び専用の機械、器具が設置されているか。

ウ 運営基準

(ア) 利用者の病状、心身の状況等に応じた適切なサービスの提供がされているか。

(イ) サービス提供を開始するに当たり、内容及び手続の説明並びに同意（個人情報利用を含む。）が適切に行なわれているか。

(ウ) リハビリテーション計画は、医師、理学療法士等従業者が共同して作成し、内容について利用者・家族に対する説明、同意及び交付がされているか。

通所リハビリテーション計画については、サービスの実施状況及びその評価を診療記録に記載しているか。

(エ) 利用料の受領に当たっては、内容を説明し、領収書を交付した上で、適切な額を受領しているか。

(オ) 非常災害に関する具体的計画は整備されているか。また、計画に基づく定期的な避難、救出等の訓練は適切に行われているか。（通所リハビリテーショ

ン)

(カ) 苦情、事故、感染症及び食中毒が発生した場合、適切な対応が取られているか。

また、区市町村及び国保連からの指導、助言に対して、改善を図っているか。

エ 介護報酬

介護報酬算定に関する告示を適切に理解した上、加算・減算等の基準に沿って介護報酬が請求されているか。

(3) 指定居宅療養管理指導

ア 運営基準

(ア) 利用者の病状、心身の状況等に応じた適切なサービスの提供がされているか。

(イ) サービス提供を開始するに当たり、内容及び手続の説明並びに同意（個人情報利用を含む。）が適切に行なわれているか。

(ウ) 医師又は歯科医師の指示に基づく薬学的管理指導計画（薬局の薬剤師）、栄養ケア計画（管理栄養士）、管理指導計画（歯科衛生士）が作成されているか。

(エ) 記録が整備されているか。

a 提供した居宅療養管理指導の内容が、診療録に記録されているか。（医師・歯科医師）

b 提供した居宅療養管理指導の内容が、記録されるとともに、医師又は歯科医師等に報告されているか。（薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士）

(オ) 利用料の受領に当たっては、内容を説明し、領収書を交付した上で、適切な額を受領しているか。

(カ) 苦情、事故、感染症及び食中毒が発生した場合、適切な対応が取られているか。

また、区市町村及び国保連からの指導、助言に対して、改善を図っているか。

イ 介護報酬関係

介護報酬算定に関する告示を適切に理解した上、加算・減算等の基準に沿って介護報酬が請求されているか。

(4) 介護医療院、指定介護療養型医療施設及び指定短期入所療養介護

ア 人員基準

人員基準に定める職員の資格及び員数を満たしているか。

イ 運営基準

(ア) 利用者の病状、心身の状況等に応じた適切なサービスの提供がされているか。

(イ) 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（平成17年法律第124号）に基づく身体拘束の廃止や、人権侵害への防止に向けた取組が行われているか。

(ウ) サービス提供を開始するに当たり、内容及び手続の説明並びに同意（個人情報利用を含む。）が適切に行なわれているか。

(エ) 施設サービス計画が計画担当の介護支援専門員により作成され、入院患者・家族に対する説明、文書による同意、交付がされているか。

また、定期的に施設サービス計画の実施状況の把握（モニタリング）を行っているか。

(オ) 利用料の受領に当たっては、内容を説明し、領収書を交付した上で、適切な額を受領しているか。

(カ) 非常災害に関する具体的計画は整備されているか。また計画に基づく定期的な避難、救出等の訓練は適切に行われているか。

(キ) 苦情、事故、感染症及び食中毒が発生した場合、適切な対応が取られているか。

また、区市町村及び東京都国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）からの指導、助言に対して、改善を図っているか。

ウ 介護報酬

介護報酬算定に関する告示を適切に理解した上、加算・減算等の基準に沿って介護報酬が請求されているか。

3 監査の重点項目

(1) 不正な手段により指定を受けていないか。

(2) 人員基準違反等の状況の下、サービスが提供されていないか。

(3) 架空、水増しにより不正な介護報酬が請求されていないか。

(4) 帳簿書類の提出や質問に対して虚偽の報告や答弁がされていないか。

(5) 業務管理体制が実効ある形で整備され機能しているか。

(6) その他

ア サービス提供事業所から居宅介護支援事業所への金品等の授受はないか。

イ 利用者からの利用料の受領は適切に行われているか。等

4 実施計画

(1) 対象サービス等

- ア 居宅サービス（指定訪問看護、指定訪問リハビリテーション、指定居宅療養管理指導、指定通所リハビリテーション、指定短期入所療養介護）
- イ 施設サービス（介護医療院、指定介護療養型医療施設）
- ウ 介護予防サービス（指定訪問看護、指定訪問リハビリテーション、指定居宅療養管理指導、指定通所リハビリテーション、指定短期入所療養介護）
- エ アからウまでのサービスを提供する事業者

(注) 介護老人保健施設等に併設・隣接（同一敷地内）している指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所及び指定（介護予防）短期入所療養介護事業所において提供される当該サービスを除く。

(2) 実施形態

ア 指導

(ア) 運営指導

a 実施方法

事業種別ごとに日程等を策定し、事業所に赴き、実地において実施する。

b 実施単位

事業者、指定事業所を単位として実施する。

なお、運営指導の効率化を図るため、同一敷地内の事業所で複数のサービス事業の指定を受けている場合（居宅サービス事業と介護予防サービス事業とを併せた指定等）は同日で実施する。

c 班編成

1 検査班当たり、2人以上での体制とし、事業所の状況により適宜体制を再編し、専門員を加えて実施する。

d 実施通知

「介護サービス事業者等指導及び監査実施要綱」（平成12年4月1日付12高保指第68号）第4の規定に基づき通知する。ただし、緊急を要する場合等には、通知期間を短縮する（当日交付を含む。）。

e 日程及び対象

具体的な日程及び対象は、「介護サービス事業者等指導及び監査実施要綱」第4の規定に基づき、概ね1か月ごとに決定する。

f 運営指導の確認項目

運営指導の確認項目は、「介護保険施設等に対する実地指導の標準化・効率化等の運用方針」（令和元年5月29日付老指発0529第1号）を踏まえて選定する。

(イ) 集団指導

指導の対象となる介護サービス事業者等を事業種別ごとに、指定基準や通知、前年度の実地指導及び監査の結果・指導上の留意点等をまとめたテキストや要点資料をもとに、オンライン等（オンライン会議システム、ホームページ等）の活用による動画の配信等により第三四半期に実施する。

イ 監査

(ア) 実施方法

事業種別ごとに日程等を策定し、事業所に赴き、指導と併せて実地において実施する。

また、必要に応じ、事業所の関係者等呼び出し、執務室等において実施する。

(イ) 実施単位

事業者、指定事業所を単位として実施する。

(ウ) 班編成

1 検査班当たり、原則として4人体制とする。ただし、事業所の状況により適宜体制を再編し、専門員を加えて実施する。

(エ) 実施通知

「介護サービス事業者等指導及び監査実施要綱」第5の規定に基づき通知する。ただし、緊急を要する場合等には、通知期間を短縮する（当日交付を含む。）。

ウ その他

業務管理体制の整備状況に係る確認検査については、一般検査として、書面又は実地による検査を実施する。

なお、指定等取消処分相当の事案が発覚した場合には、特別検査として、「介護サービス事業者等指導及び監査実施要綱」第5の規定を準用した検査を実施する。

(3) 全体計画の作成時期

当該実地検査を実施する年度の前年度末までに策定する。

(4) 選定方針

ア 選定期間

原則として、令和5年4月1日時点で現存する事業所とする。ただし、年度途中で指定を受けた事業所については、必要があると認められた場合、実地検査の対象とする。

イ 選定方法

- (ア) 過去の指導検査において、指摘事項の改善が図られていない事業所で、継続的に指導を必要とする事業所
- (イ) 利用者、保険者等から苦情等情報提供が多く寄せられている事業所
- (ウ) 休止後の再開、移転等で指導が必要な事業所
- (エ) 新規指定後指導未実施の事業所
- (オ) 集団指導不参加の事業所
- (カ) 相当の期間にわたって、指導検査を実施していない事業所

5 関係団体への支援等

(1) 区市町村

ア 技術的支援

事業者の集団指導の時期にあわせ、区市町村の担当者に対しても、指導検査の方法、(医療系)介護サービス事業の概要、前年度の都の運営指導・監査の結果等について、説明する機会を設ける。

イ 情報提供

運営指導の結果を当該事業所が所在する区市町村に情報提供することにより、情報の共有化を図る。

(2) 東京都国民健康保険団体連合会

国保連の介護相談窓口の担当から、利用者や家族からの事業者に対する苦情等に関して、都へアドバイス等の求めがあった場合は協力していく。

また、区市町村の申出による国保連の事業者に対する介護報酬の支払の留保は、監査の実施通知等に基づき可能となっており、引き続き、関係区市町村及び国保連との連携を図り、指定取消の情報提供等適切な対応を図る。

6 関係団体等との連携

(1) 区市町村

運営指導の際に、当該事業所が所在する区市町村に同行を依頼するほか、効率的かつ効果的な事業者指導の観点から、保険者である区市町村との連携を図る。

特に、定期巡回・随時対応型訪問介護看護については、連携する訪問介護事業所を所管する区市町村と合同の運営指導を行う等実施方法を工夫する。

(2) 厚生労働省及び東京都国民健康保険団体連合会

指導及び監査に係る法令・制度運用に関する疑義照会、事業者に関する情報提供等、介護給付の適正化について、事業者指導の立場から連携を図る。

(3) 運営指導所管等

高齢社会対策部介護保険課等と連携し、事業者への指導監査の適正かつ効果的な対応・推進を図る。

また、医療法に関わる事項については、医療政策部医療安全課と随時情報交換を行い、連携を図っていく。

(4) 保険医療機関等の指導検査所管

診療報酬上の不正等が行われている場合には、保険医療機関指導担当と連携し、対応する。

2 通所リハビリテーションに係る 留意事項について

用語説明

- ・「**厚生省令第37号**」 （平成11年3月31日付厚生省令第37号）
「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」
- ・「**厚生労働省令第35号**」 （平成18年3月14日付厚生労働省令第35号）
「指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」
- ・「**老企第25号**」 （平成11年9月17日付老企第25号）
「指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について」
- ・「**居宅条例**」 （平成24年10月11日付条例第111号）
「東京都指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営の基準に関する条例」
- ・「**予防条例**」 （平成24年10月11日付条例第112号）
「東京都指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法の基準に関する条例」
- ・「**居宅規則**」 （平成24年10月11日付規則第141号）
「東京都指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営の基準に関する条例施行規則」
- ・「**予防規則**」 （平成24年10月11日付規則第142号）
「東京都指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法の基準に関する条例施行規則」
- ・「**条例施行要領**」 （平成25年3月29日付24福保高介第1882号）
「東京都指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営の基準に関する条例及び東京都指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法の基準に関する条例施行要領」
- ・「**厚生省告示第19号**」 （平成12年2月10日付厚生省告示第19号）
「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」
- ・「**厚生労働省告示第127号**」 （平成18年3月14日付厚生労働省告示第127号）
「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準」
- ・「**老企第36号**」 （平成12年3月1日付老企第36号）
「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」
- ・「**老計発第0317001号**」 （平成18年3月17日付老計発第0317001号・老振発第0317001号・老老発第0317001号）
「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」

・「厚生労働省告示第27号」 （平成12年2月10日付厚生省告示第27号）

「厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法」

・「単位」（条例施行要領第三の七の1（1）の②のイ）

指定通所リハビリテーションの単位とは、同時に、一体的に提供される指定通所リハビリテーションをいうものであることから、例えば、次のような場合は、2単位として扱われ、それぞれの単位ごとに必要な従業者を確保する必要がある。

- a 指定通所リハビリテーションが同時に一定の距離を置いた2つの場所で行われ、これらのサービスの提供が一体的に行われているといえない場合
- b 午前と午後とで別の利用者に対して指定通所リハビリテーションを提供する場合

・「常勤換算方法」（「条例施行要領」第二の2（1））

当該指定居宅サービス事業所及び指定介護予防サービス事業所の従業者の勤務延時間の総数を、当該事業所の就業規則等において定める常勤の従業者が勤務すべき時間数（週32時間を下回る時間数を定められている場合は、週32時間を基本とする。）で除することにより、当該事業所の従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法をいうものである。この場合の勤務延時間数は、当該事業所の指定に係る事業のサービスに従事する勤務時間の延べ数であり、例えば、当該事業所が訪問介護と訪問看護の指定を重複して受ける場合であって、ある従業者が訪問介護員等と看護師等を兼務する場合、訪問介護員等の勤務延時間数には、訪問介護員等としての勤務時間だけを算入することとなるものであること。

ただし、雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律（昭和47年法律第113号）第13条第1項に規定する措置（以下「母性健康管理措置」という。）又は育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成3年法律第76号。以下「育児・介護休業法」という。）第23条第1項、同条第3項又は同法第24条に規定する所定労働時間の短縮等の措置（以下「育児及び介護のための所定労働時間の短縮等の措置」という。）が講じられている場合、30時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算に当たり、常勤の従業者が勤務すべき時間数を満たしたものとし、1として取り扱うことを可能とする。

・「勤務延時間数」（「条例施行要領」第二の2（2））

勤務表上、当該居宅サービス事業又は介護予防サービス事業に係るサービスの提供に従事する時間又は当該事業に係るサービスの提供のための準備等を行う時間（待機の時間を含む。）として明確に位置付けられている時間の合計数とする。なお、従業者一人につき、勤務延時間数に算入することができる時間数は、当該事業所の就業規則等において定める常勤の従業者が勤務すべき勤務時間数を上限とすること。

・「常勤」（「条例施行要領」第二の2（3））

当該指定居宅サービス事業所又は介護予防サービス事業所における勤務時間が、当該事業所の就業規則等において定める常勤の従業者が勤務すべき時間数（週32時間を下回る時間数を定められている場合は、週32時間を基本とする。）に達する勤務体制を定められていることをいう。ただし、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成3年法律第76号）第23条第1項に規定する所定労働時間の短縮措置が講じられている者については、利用者の処遇に支障がない体制が事業所として整っている場合は、例外的に常勤の従業者が勤務すべき時間数を週30時間として取り扱うことを可能とする。

また、同一の事業者によって当該事業所に併設される事業所の職務であって、当該事業所の職務と同

時並行的に行われることが差し支えないと考えられる管理者の職務については、それぞれに係る勤務時間の合計が常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していれば、常勤の要件を満たすものであることとする。例えば、1の事業者によって行われる指定訪問介護事業所と指定訪問入浴介護事業所が併設されている場合、指定訪問介護事業所の管理者と指定訪問入浴介護事業所の管理者を兼務している者は、その勤務時間の合計が所定の時間に達していれば、常勤要件を満たすこととなる。

指定通所リハビリテーション(1時間以上2時間未満に限る)又は指定介護予防通所リハビリテーションが、保険医療機関において医療保険の脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料のいずれかを算定すべきリハビリテーションが同じ訓練室で実施されている場合に限り、専ら当該指定通所リハビリテーション又は指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、医療保険の脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料のいずれかを算定すべきリハビリテーションに従事して差し支えない。ただし、当該従業者が指定通所リハビリテーション又は指定介護予防通所リハビリテーションに従事していない時間帯については、居宅規則第28条第1項第2号又は第2項の従業者の員数及び厚生労働大臣が定める基準(平成27年厚生労働省告示(第95号)の第24号の3の従業者の合計数に含めない。

また、人員基準において常勤要件が設けられている場合、従事者が労働基準法(昭和22年法律第49号)第65条に規定する休業(以下「産前産後休業」という。)、母性健康管理措置、育児・介護休業法第2条第1号に規定する育児休業(以下「育児休業」という。)、同条第2号に規定する介護休業(以下「介護休業」という。)、同法第23条第2項の育児休業に関する制度に準ずる措置又は同法第24条第1項(第2号に係る部分に限る。)の規定により同項第2号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業(以下「育児休業に準ずる休業」という。)を取得中の期間において、当該人員基準において求められる資質を有する複数の非常勤の従事者を常勤の従業者の員数に換算することにより、人員基準を満たすことが可能であることとする。

・「専ら従事する」「専ら提供に当たる」(「条例施行要領」第二の2(4))

原則として、サービス提供時間帯を通じて当該サービス以外の職務に従事しないことをいうものである。この場合のサービス提供時間帯とは、当該従業者の当該事業所における勤務時間(指定通所介護及び指定通所リハビリテーションについては、サービスの単位ごとの提供時間)をいうものであり、当該従業者の常勤・非常勤の別を問わない。ただし、通所介護及び通所リハビリテーションについては、あらかじめ計画された勤務表に従って、サービス提供時間帯の途中で同一職種の従業者と交代する場合には、それぞれのサービス提供時間帯を通じて当該サービス以外の職務に従事しないことをもって足りるのである。

・「前年度の平均値」(「条例施行要領」第二の2(5))

① 居宅規則第31条第3項(指定短期入所生活介護に係る生活相談員、介護職員又は看護職員の員数を算定する場合の利用者の数の算定方法)、第48条第3項(老人性認知症疾患療養病棟を有する病院であって介護療養型医療施設でない指定短期入所療養介護事業所における看護職員又は介護職員の員数を算定する場合の入院患者の数の算定方法)及び第57条第3項(指定特定施設における生活相談員、看護職員若しくは介護職員の人員並びに計画作成担当者の人員の標準を算定する場合の利用者の数の算定方法)における「前年度の平均値」は、当該年度の前年度(毎年4月1日に始まり翌年3月31日をもって終わる年度とする。以下同じ。)の平均を用いる。この場合、利用者数等の平均

は、前年度の全利用者等の延数を当該前年度の日数で除して得た数とする。この平均利用者数等の算定に当たっては、小数点第二位以下を切り上げるものとする。ただし、短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、特定施設入居者生活介護、介護予防特定施設入居者生活介護については、これらにより難い合理的な理由がある場合には、他の適切な方法により利用者数を把握するものとする。

- ② 新たに事業を開始し、若しくは再開し、又は増床した事業者又は施設においては、新設又は増床分のベッドに関しては、前年度において1年未満の実績しかない場合（前年度の実績が全くない場合を含む。）の利用者数等は、新設又は増床の時点から6月未満の間は、便宜上、ベッド数の90%を利用者数等とし、新設又は増床の時点から6月以上1年未満の間は、直近の6月における全利用者等の延数を6月間の日数で除して得た数とし、新設又は増床の時点から1年以上経過している場合は、直近1年間における全利用者等の延数を1年間の日数で除して得た数とする。また、減床の場合には、減床後の実績が3月以上あるときは、減床後の利用者数等の延数を延日数で除して得た数とする。ただし、短期入所生活介護及び特定施設入居者生活介護については、これらにより難い合理的な理由がある場合には、他の適切な方法により利用者数を推定するものとする。

I 基本方針

根拠法令等	
居宅条例 第135条	
(基本方針) 指定居宅サービスに該当する通所リハビリテーション（以下「指定通所リハビリテーション」という。）の事業は、利用者が要介護状態となった場合、可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指し、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図るものでなければならない。	
(介護予防) 予防条例 第116条	
(基本方針) 指定介護予防サービスに該当する介護予防通所リハビリテーション（以下「指定介護予防通所リハビリテーション」という。）の事業は、利用者が可能な限り居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものでなければならない。	

Ⅱ 人員に関する基準

(単位の取扱いについて)

- 単位とは、同時に一体的に提供される指定通所リハビリテーションであるため、以下の場合には2単位として扱うこと。
 - ① 指定通所リハビリテーションが同時に一定の距離を置いた2つの場所で行われ、これらのサービスの提供が一体的に行われているといえない場合
 - ② 午前と午後とで別の利用者に対して指定通所リハビリテーションを提供する場合

(人員基準について)

- 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士については、原則として、通所リハビリテーションの単位ごと、かつ営業日ごとに適切に配置すること。

【指導事例】

- 午前と午後とで別の利用者に対して指定通所リハビリテーションを提供する場合について、1単位として取り扱っていた。
- 所要時間と実施日が異なる単位を1単位として取り扱っていた。

職種	病院・介護老人保健施設 ・介護医療院	診療所
医師	専任の常勤医師が1人以上	①利用者数が同時に10人を超える場合 専任の常勤医師が1人以上
		②利用者数が同時に10人以下の場合 (a) 専任の医師が1人 (b) 利用者数は、専任の医師1人に対し 一日48人以内
理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護職員若しくは介護職員	① 単位ごとにサービス提供時間帯を通じて、利用者の数が10人以下の場合は1人以上	
	② 単位ごとにサービス提供時間帯を通じて、利用者の数が10人を超える場合は、利用者の数を10で除した数以上	
	③ 当該従事者が一日に担当できる単位数は、2単位まで。 ただし、1時間～2時間の通所リハビリテーションは、0.5単位として扱う。	
①②の人員のうち、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士(※)	利用者が100人又はその端数を増すごとに1以上	常勤換算方法で0.1以上 (経験を有する看護師含む)
	※所要時間1時間以上2時間未満のサービスを提供する場合は、定期的な研修を終了している看護師、准看護師、柔道整復師又はあん摩マッサージ師のサービス提供についても算入可	

根拠法令等

居宅条例 第136条

(従業者の配置の基準)

指定通所リハビリテーションの事業を行う者(以下「指定通所リハビリテーション事業者」という。)は、当該事業を行う事業所(以下「指定通所リハビリテーション事業所」という。)ごとに指定通所リハビリテーションの提供に当たる次に掲げる従業者(以下「通所リハビリテーション従業者」という。)を規則で定める基準により置かなければならない。

一 医師

二 理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護師若しくは准看護師(以下この章において「看護職員」という。)若しくは介護職員

2 指定通所リハビリテーション事業者が指定介護予防通所リハビリテーション事業者(指定介護予防サービス等基準条例第117条第1項に規定する指定介護予防通所リハビリテーション事業者をいう。以下同じ。)の指定を併せて受け、かつ、指定通所リハビリテーションの事業と指定介護予防通所リハビリテーション(指定介護予防サービス等基準条例第116条に規定する指定介護予防通所リハビリテーションをいう。以下同じ。)の事業とが同一の事業所において一体的に運営される場合は、指定介護予防サービス等基準条例第117条第1項に規定する人員に関する基準を満たすことをもって、前項に規定する基準を満たすものとみなす。

居宅規則

(従業者の配置の基準)

第28条 条例第136条第1項に規定する規則で定める基準は、次の各号に掲げる通所リハビリテーション従業者の区分に応じ、当該各号に定める員数とする。

一 医師 指定通所リハビリテーションの提供に必要な1以上の数

二 理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護職員(条例第136条第1項第2号に規定する看護職員をいう。以下この条において同じ。)若しくは介護職員 次に掲げる基準を満たすために必要な数

イ 指定通所リハビリテーションの単位(指定通所リハビリテーションであってその提供が同時に1人又は複数の利用者に対して一体的に行われるものをいう。以下この条において同じ。)ごとに、利用者(条例第139条第4号に規定する利用者をいう。以下この章において同じ。)の数が10人以下の場合にあっては指定通所リハビリテーションの提供を行う時間帯(以下この条

条例施行要領 第三の七の1

(1) 指定通所リハビリテーション事業所(居宅条例第136条第1項)

① 医師(第1号)

イ 専任の常勤医師が1人以上勤務していること。

ロ なお、指定通所リハビリテーションを行う介護老人保健施設又は介護医療院であって、病院又は診療所(医師について介護老人保健施設又は介護医療院の人員基準を満たす余力がある場合に限る。)と併設されているものについては、当該病院又は診療所の常勤医師との兼務で差し支えないものであること。

ハ 指定訪問リハビリテーション若しくは指定通所リハビリテーション(以下、「指定訪問リハビリテーション等」とする。)を行う介護老人保健施設又は指定訪問リハビリテーション等を行う介護医療院であって、当該介護老人保健施設又は当該介護医療院に常勤医師として勤務している場合には、常勤の要件として足るものであること。

また、指定訪問リハビリテーション等を行う介護老人保健施設又は指定訪問リハビリテーション等を行う介護医療院であって、病院又は診療所(医師について介護老人保健施設又は介護医療院の人員基準を満たす余力がある場合に限る。)と併設されている事業所において指定通所リハビリテーション事業所の医師が、当該病院又は当該診療所の常勤医師と兼務している場合でも、常勤の要件として足るものであること。

② 理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護師、准看護師若しくは介護職員(以下「従事者」という。)(第2号)

イ 指定通所リハビリテーションの単位とは、同時に、一体的に提供される指定通所リハビリテーションをいうものであることから、例えば、次のような場合は、2単位として扱われ、それぞれの単位ごとに必要な従業者を確保する必要がある。

a 指定通所リハビリテーションが同時に一定の距離を置いた2つの場所で行われ、これらのサービスの提供が一体的に行われているといえない場合

b 午前と午後とで別の利用者に対して指定通所リハビリテーションを提供する場合

ロ 7時間以上8時間未満の指定通所リハビリテーションの前後に連続して延長サービスを行う場合にあっては、事業所の実情に応じて、適当数の従業者を配置するものとする。

ハ 提供時間帯を通じて専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる従業者を確保するとは、指定通所リハビリテ

において「提供時間帯」という。)を通じて専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護職員若しくは介護職員を1以上、利用者の数が10人を超える場合にあっては提供時間帯を通じて専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護職員若しくは介護職員を、利用者の数を10で除した数以上置くこと。

ロ イに掲げる人員のうち専らリハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を、利用者が100又はその端数を増すごとに1以上置くこと。

一 ションの単位ごとに理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、看護職員若しくは介護職員について、提供時間帯に当該職種の従業者が常に居宅条例上求められる数以上確保されるよう必要な配置を行うよう定めたものである(例えば、提供時間帯を通じて専従する従業者が2人必要である場合、提供時間帯の2分の1ずつの時間専従する従業者の場合は、その員数としては4人が必要となる。)

また、専らリハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者が100人又はその端数を増すごとに1以上確保するとは、指定通所リハビリテーションのうち、リハビリテーションを提供する時間帯に、当該職種の従事者が常に確保されるよう必要な配置を行うよう定めたものであり、所要時間1時間から2時間の指定通所リハビリテーションを行う場合であって、定期的に適切な研修を修了している看護師、准看護師、柔道整復師又はあん摩マッサージ師がリハビリテーションを提供する場合は、これらの者を当該単位におけるリハビリテーションの提供に当たる理学療法士等として計算することができる。この場合における「研修」とは、運動器リハビリテーションに関する理論、評価法等に関する基本的内容を含む研修会であって、関係学会等により開催されているものを指す。具体的には、日本運動器リハビリテーション学会の行う運動器リハビリテーションセラピスト研修、全国病院理学療法協会の行う運動療法機能訓練技能講習会が該当する。

二 なお、ここでいう利用者の数又は利用定員は、単位ごとの指定通所リハビリテーションについての利用者の数又は利用定員をいうものであり、利用者の数は実人員、利用定員は、あらかじめ定めた利用者の数の上限をいうものである。従って、例えば、1日のうちの午前の提供時間帯に利用者10人に対して指定通所リハビリテーションを提供し、午後の提供時間帯に別の利用者10人に対して指定通所リハビリテーションを提供する場合であって、それぞれの指定通所リハビリテーションの定員が10人である場合には、当該事業所の利用定員は10人、必要となる従業者の員数は午前午後それぞれ1人ということとなり、人員算定上午前の利用者の数と午後の利用者の数が合算されるものではない。

ホ 同一事業所で複数の単位の指定通所リハビリテーションを同時に行う場合には、同時に行われる単位の数の常勤の従業者が必要となるものである(居宅条例第136条第1項・第2項関係)。

2 前項第2号の規定にかかわらず、指定通所リハビリテーション事業所が診療所である場合は、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護職員若しくは介護職員の員数は、次のとおりとすることができる。

一 指定通所リハビリテーションの単位ごとに、利用者の数が10人以下の場合にあつては提供時間帯を通じて専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護職員若しくは介護職員が1以上、利用者の数が10人を超える場合にあつては提供時間帯を通じて専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護職員若しくは介護職員を利用者の数を10で除した数以上置くこと。

二 前号に掲げる人員のうち専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は通所リハビリテーション若しくはこれに類するサービスに1年以上従事した経験を有する看護師を常勤換算方法で、0.1以上置くこと。

3 第1項第1号の医師は、常勤の者でなければならない。

へ 従事者1人が1日に行うことのできる指定通所リハビリテーションは2単位までとすること。ただし、1時間から2時間までの指定通所リハビリテーションについては0.5単位として扱う。

(2) 指定通所リハビリテーション事業所が診療所である場合

① 医師（第1号）

イ 利用者の数が同時に10人を超える場合にあつては、(1)①を準用すること。

ロ 利用者の数が同時に10人以下の場合にあつては、次に掲げる要件に適合していること。

a 専任の医師が1人勤務していること。

b 利用者数は、専任の医師1人に対し1日48人以内であること。

② 理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護師、准看護師若しくは介護職員（以下「従事者」という。）（第2号）

イ 指定通所リハビリテーションの単位とは、同時に、一体的に提供される指定通所リハビリテーションをいうものであることから、例えば、次のような場合は、2単位として扱われ、それぞれの単位ごとに必要な従業者を確保する必要がある。

a 指定通所リハビリテーションが同時に一定の距離を置いた2つの場所で行われ、これらのサービスの提供が一体的に行われているといえない場合

b 午前と午後とで別の利用者に対して指定通所リハビリテーションを提供する場合

ロ 7時間以上8時間未満の指定通所リハビリテーションの前後に連続して延長サービスを行う場合にあつては、事業所の実情に応じて、適当数の従業者を配置するものとする。

ハ 提供時間帯を通じて専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる従業者を確保するとは、指定通所リハビリテーションの単位ごとに理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、看護職員若しくは介護職員について、提供時間帯に当該職種に従業者が常に居宅条例上求められる数以上確保されるよう必要な配置を行うよう定めたものである（例えば、提供時間帯を通じて専従する従業者が2人必要である場合、提供時間帯の2分の1ずつの時間専従する従業者の場合は、その員数としては4人が必要となる。）。

また、専従する従事者のうち理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は経験を有する看護師が、常勤換算方法で、0.1人以上確保されていることとし、所要時間1時間から2時間の指定通所リハビリテーションを行う場合であつて、定

期的に適切な研修を修了している看護師、准看護師、柔道整復師又はあん摩マッサージ師がリハビリテーションを提供する場合は、これらの者を当該単位におけるリハビリテーションの提供に当たる理学療法士等として計算することができる。

この場合における「研修」とは、運動器リハビリテーションに関する理論、評価法等に関する基本的内容を含む研修会であって、関係学会等により開催されているものを指す。具体的には、日本運動器リハビリテーション学会の行う運動器リハビリテーションセラピスト研修、全国病院理学療法協会の行う運動療法機能訓練技能講習会が該当する。

ニ なお、ここでいう利用者の数又は利用定員は、単位ごとの指定通所リハビリテーションについての利用者の数又は利用定員をいうものであり、利用者の数は実人員、利用定員は、あらかじめ定めた利用者の数の上限をいうものである。従って、例えば、1日のうちの午前の提供時間帯に利用者10人に対して指定通所リハビリテーションを提供し、午後の提供時間帯に別の利用者10人に対して指定通所リハビリテーションを提供する場合であって、それぞれの指定通所リハビリテーションの定員が10人である場合には、当該事業所の利用定員は10人、必要となる従業者の員数は午前午後それぞれ1人ということとなり、人員算定上午前の利用者の数と午後の利用者の数が合算されるものではない。

ホ 同一事業所で複数の単位の指定通所リハビリテーションを同時に行う場合には、同時に行われる単位の数の常勤の従業者が必要となるものである（居宅条例第136条第1項・第2項関係）。

ヘ 従業者1人が1日に行うことのできる指定通所リハビリテーションは2単位までとすること。ただし、1時間から2時間までの指定通所リハビリテーションについては0.5単位として扱う。

ト 経験を有する看護師とは、診療報酬の算定方法に定める重度認知症患者デイケア、精神科デイケア、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料に係る施設基準の届出を行った保険医療機関等又は「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成12年厚生省告示第19号）に定める通所リハビリテーションに係る施設基準の届出を行った指定通所リハビリテーション事業所、「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成18年厚生労働省告示第127号）に定める介護予防通所リハ

	<p>ビリテーションに係る施設基準の届出を行った指定介護予防通所リハビリテーション事業所、「厚生労働大臣が定める特定診療費及び特別診療費に係る指導管理等及び単位数」（平成12年厚生省告示第30号）に定める理学療法、作業療法に係る施設基準の届出を行った介護保険施設において、それらに1年以上従事した者であること。</p> <p>【参考通知】指定通所リハビリテーションにおける理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に係る人員基準及び介護報酬上の取扱いについて（平成15年5月30日 老振発第0530001号・老老発第0530001号）</p>
<p>（介護予防）予防条例 第117（略）・予防規則 第24条（略）</p>	<p>（介護予防）条例施行要領 第四の一（略）</p>

【Pick Up】

(1) 常勤換算方法で0.1人以上確保されているとは？

事業所の通常常勤者の勤務時間が1日8時間で、サービス提供時間が6時間の場合

常勤換算時間 $8時間 \times 0.1 = 0.8時間$ （48分）

サービス提供時間の6時間のうち、0.8時間（48分）以上を理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は通所リハビリテーション若しくはこれに類するサービスに1年以上従事した経験を有する看護師が従事する必要がある。

(2) 経験を有する看護師とは、以下の施設等に1年以上従事した者をいいます。

- 診療報酬の算定方法に定める重度認知症患者デイケア、精神科デイケア、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料に係る施設基準の届出を行った保険医療機関等
- 「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成12年厚生省告示第19号）に定める通所リハビリテーションに係る施設基準の届出を行った指定通所リハビリテーション事業所
- 「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成18年厚生労働省告示第127号）に定める介護予防通所リハビリテーションに係る施設基準の届出を行った指定介護予防通所リハビリテーション事業所
- 「厚生労働大臣が定める特定診療費及び特別診療費に係る指導管理等及び単位数」（平成12年厚生省告示第30号）に定める理学療法、作業療法に係る施設基準の届出を行った介護保険施設

●介護保険最新情報 vol.69「平成21年4月改定関係Q&A(vol.1)」（平成21年3月23日）

理学療法士等の配置基準

（問54）

病院又は老人保健施設における通所リハビリテーションの従業者の員数について、理学療法士等の配置に関する規定が、「専らリハビリテーションの提供に当たる理学療法士、

（答）

そのとおりである。ただし、利用者の数が、提供時間帯において100を下回る場合であっても1以上を置かなければならない。

<p>作業療法士又は言語聴覚士が、利用者が百人又はその端数を増すごとに一以上確保されていること」とされたが、これは、通所リハビリテーションの中でも、リハビリテーションを提供する時間帯において、理学療法士等が利用者に対して100:1いれば良いということか。また、利用者の数が100を下回る場合は、1未満で良いのか。</p>	
--	--

●介護保険最新情報 vol.454 「平成27年度介護報酬改定に関するQ&A」（平成27年4月1日）

【全サービス共通：常勤要件について】

<p>(問1) 各加算の算定要件で「常勤」の有資格者の配置が求められている場合、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成3年法律第76号。以下「育児・介護休業法」という。）の所定労働時間の短縮措置の対象者について常勤の従業者が勤務すべき時間数を30時間としているときは、当該対象者については30時間勤務することで「常勤」として取り扱って良いか。</p>	<p>(答) そのような取扱いで差し支えない。</p>
--	---------------------------------

<p>(問3) 各事業所の「管理者」についても、育児・介護休業法第23条第1項に規定する所定労働時間の短縮措置の適用対象となるのか。</p>	<p>(答) 労働基準法第41条第2号に定める管理監督者については、労働時間等に関する規定が適用除外されていることから、「管理者」が労働基準法第41条第2号に定める管理監督者に該当する場合は、所定労働時間の短縮措置を講じなくてもよい。なお、労働基準法第41条第2号に定める管理監督者については、同法の解釈として、労働条件の決定その他労務管理について経営者と一体的な立場にある者の意であり、名称にとらわれず、実態に即して判断すべきであるとされている。このため、職場で「管理職」として取り扱われている者であっても、同号の管理監督者に当たらない場合には、所定労働時間の短縮措置を講じなければならない。また、同号の管理監督者であっても、育児・介護休業法第23条第1項の措置とは別に、同項の所定労働時間の短縮措置に準じた制度を導入することは可能であり、こうした者の仕事と子育ての両立を図る観点からは、むしろ望ましいものである。</p>
--	--

人員の配置

<p>(問95) 生活機能向上連携加算で通所リハビリテーションの専門職が利用者の居宅を訪問する際、サービス提供責任者が同行した場合とあるが、この際の通所リハビリテーションの専門職は通所リハビリテーションでの勤務時間、専従要件外となるのか。</p>	<p>(答) 通所リハビリテーションの理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が訪問した時間は、勤務時間に含まれるが、従業者の員数には含まない。</p>
---	---

●介護保険最新情報 vol.941 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(vol.1)」（令和3年3月19日）

【全サービス共通：人員配置基準における両立支援】

<p>(問1) 人員配置基準や報酬算定において「常勤」での配置が求め</p>	<p>(答) ・介護現場において、仕事と育児やの両立が可能なる環境</p>
--	---

<p>られる職員が、産前産後休業や育児・介護休業等を取得した場合に、同等の資質を有する複数の非常勤職員を常勤換算することで、人員配置基準を満たすことを認めるとあるが、「同等の資質を有する」かについてどのように判断するのか。</p>	<p>整備を進め職員離職防止・定着促進を図る観点から、以下の取扱いを認める。</p> <p><常勤の計算></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 育児・介護休業法による育児の短時間勤務制度を利用する場合に加え、同法による介護の短時間勤務制度や、男女雇用機会均等法による母性健康管理措置としての勤務時間の短縮等を利用する場合についても、30 時間以上の勤務で、常勤扱いとする。 <p><常勤換算の計算></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 職員が、育児・介護休業法による短時間勤務制度や母性健康管理措置としての勤務時間の短縮等を利用する場合、週30 時間以上の勤務で、常勤換算上も1と扱う。 <p><同等の資質を有する者の特例></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「常勤」での配置が求められる職員が、産前産後休業や育児・介護休業、育児休業に準ずる休業、母性健康管理措置としての休業を取得した場合に、同等の資質を有する複数の非常勤職員を常勤換算することで、人員配置基準を満たすことを認める。 ・ なお、「同等の資質を有する」とは、当該休業を取得した職員の配置により満たしていた、勤続年数や所定の研修の修了など各施設基準や加算の算定要件として定められた資質を満たすことである。
---	--

<p>●介護保険最新情報 vol.948「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(vol.2)」(令和3年3月23日)</p>	
<p>人員の配置</p>	
<p>(問27)</p> <p>医師の勤務時間の取扱いについて、併設の通所リハビリテーション事業所等のリハビリテーション会議に参加している時間や、リハビリテーションマネジメント加算(A)又は(B)を取得している場合であって、医師が通所リハビリテーション計画等について本人又は家族に対する説明等に要する時間については、病院、診療所及び介護老人保健施設、介護医療院の医師の人員基準の算定外となるのか。</p>	<p>(答)</p> <p>人員基準の算定に含めることとする。</p>

Ⅲ 設備に関する基準

- ・ 指定通所リハビリテーションを行うための専用のスペースを設けること。

根拠法令等	
居宅条例 第137条	条例施行要領 第三の七の2
<p>(設備)</p> <p>指定通所リハビリテーション事業所は、当該指定通所リハビリテーションを行う専用の部屋等を規則で定める基準により設けるほか、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備並びに指定通所リハビリテーションを行うために必要な専用の器械及び器具を備えなければならない。</p> <p>2 指定通所リハビリテーション事業者が指定介護予防通所リハビリテーション事業者の指定を併せて受け、かつ、指定通所リハビリテーションの事業と指定介護予防通所リハビリテーションの事業とが同一の事業所において一体的に運営される場合は、指定介護予防サービス等基準条例第118条第1項に規定する設備に関する基準を満たすことをもって、前項に規定する基準を満たすものとみなす。</p> <p>居宅規則</p> <p>(設備の基準)</p> <p>第29条 条例第137条第1項に規定する規則で定める基準は、指定通所リハビリテーションの提供に適した専用の部屋等であって、3平方メートルに利用定員(条例第139条第4号に規定する利用定員をいう。)を乗じた面積以上の面積を有することとする。この場合において、当該指定通所リハビリテーション事業所が介護老人保健施設又は介護医療院であるときは、当該専用の部屋等の面積として利用者のために確保されている食堂(リハビリテーションに供用されるものに限る。)の面積を算入することとする。</p>	<p>(1) 指定通所リハビリテーション事業を行う事業所ごとに備える設備については、専ら当該事業の用に供するものでなければならないこととされているが、病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院が互いに併設される場合(同一敷地内にある場合、又は公道をはさんで隣接している場合をいう。)であって、そのうちの複数の施設において、指定通所リハビリテーション事業を行う場合には、以下の条件に適合するときは、それぞれの指定通所リハビリテーションを行うためのスペースが同一の部屋等であっても差し支えないものとする。</p> <p>① 当該部屋等において、それぞれの指定通所リハビリテーションを行うためのスペースが明確に区分されていること。</p> <p>② それぞれの指定通所リハビリテーションを行うためのスペースが、次に掲げる面積要件(居宅条例第137条第1項)を満たしていること。</p> <p style="padding-left: 2em;">3平方メートルに利用定員を乗じた面積以上であるものを有すること。ただし、介護老人保健施設又は介護医療院の場合は、当該専用の部屋等の面積に利用者用に確保されている食堂(リハビリテーションに供用されるものに限る。)の面積を加えるものとする。</p> <p>(2) 指定通所リハビリテーションを行うためのスペースと、当該指定通所リハビリテーション事業所と併設の関係にある特別養護老人ホーム、社会福祉施設等における指定通所介護の機能訓練室等との関係については、第三の六の2の(2)の②を参照されたい。ただし、保険医療機関が医療保険の脳血管疾患等リハビリテーション科、運動器リハビリテーション科又は呼吸器リハビリテーション科を算定すべきリハビリテーションの届出を行っており、当該保険医療機関において、指定通所リハビリテーション(1時間以上2時間未満に限る)又は指定介護予防通所リハビリテーションを実施する場合には、医療保険の脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを受けている患者と介護保険の指定通所リハビリテーショ</p>

	<p>ン又は指定介護予防通所リハビリテーションの利用者に対するサービス提供に支障が生じない場合に限り、同一のスペースにおいて行うことも差し支えない（必要な機器及び器具の利用についても同様）。この場合の居宅条例第137条第1項の指定通所リハビリテーションを行うために必要なスペースは、医療保険のリハビリテーションの患者数に関わらず、常時、3平方メートルに指定通所リハビリテーションの利用者数（指定通所リハビリテーションの事業と指定介護予防通所リハビリテーションの事業とが同一の事業所において一体的に運営されている場合にあっては、指定通所リハビリテーションの利用者数と指定介護予防通所リハビリテーションの利用者数の合計）を乗じた面積以上とする。</p> <p>なお、機器及び器具の利用については、サービス提供時間に問わず、各サービスの提供に支障が生じない場合に限り、共用して差し支えない。（予防条例第118条の基準においても同様）</p> <p>【参照】第三の六の2の(2)の②</p> <p>指定通所介護の機能訓練室等と、指定通所介護事業所と併設の関係にある医療機関や介護老人保健施設における指定通所リハビリテーションを行うためのスペースについては、以下の条件に適合するときは、これらが同一の部屋等であっても差し支えないものとする。</p> <p>イ 当該部屋等において、指定通所介護の機能訓練室等と指定通所リハビリテーションを行うためのスペースが明確に区分されていること。</p> <p>ロ 指定通所介護の機能訓練室等として使用される区分が、指定通所介護の設備基準を満たし、かつ、指定通所リハビリテーションを行うためのスペースとして使用される区分が、指定通所リハビリテーションの設備基準を満たすこと。</p> <p>(3) 消火設備その他の非常災害に際して必要な設備（居宅条例第137条第2項）については、指定通所介護に係る居宅条例第101条第1項と同趣旨であるため、第三の六の2の(3)を参照されたい。</p> <p>【参照】第三の六の2の(3)</p> <p>消火設備その他の非常災害に際して必要な設備とは、消防法その他の法令等に規定された設備を示しており、それらの設備を確実に設置しなければならないものである。</p>
(介護予防) 予防条例 第118条(略)・予防規則 第25条(略)	(介護予防) 条例施行要領 第四の一(略)

設備に関する基準

(問 66)

「指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について」(平成 11 年 9 月 17 日老企第 25 号)において、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを受けている患者と介護保険の指定通所リハビリテーション又は指定介護予防通所リハビリテーションの利用者に対するサービス提供に支障が生じない場合に限り、同一のスペースにおいて行うことも差し支えないとされ、その場合には、医療保険のリハビリテーションの患者数に関わらず、常時、3 平方メートルに指定通所リハビリテーションの利用者数を乗じた面積以上を満たせばよいとされている。

例えば保険医療機関の 45 平方メートルの訓練室を指定通所リハビリテーションと共用する場合、45 平方メートルを 3 平方メートルで除した数、すなわち 15 人以下の利用者数に指定通所リハビリテーションを提供できると考えていいか。

(答)

よい。

IV 運営に関する基準

1 管理者等の責務

- ・ 管理の代行をさせる場合は、組織図等により、指揮命令系統を明確にすること。

根拠法令等	
居宅条例 第138条	条例施行要領 第三の七の3
<p>(管理者等の責務)</p> <p>指定通所リハビリテーション事業所を管理する者(次項において「管理者」という。)は、医師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる看護師のうちから選任した者に、必要な管理の代行をさせることができる。</p> <p>2 管理者又は前項の規定により管理を代行する者は、指定通所リハビリテーション事業所の従業者にこの節の規定を遵守させるために必要な指揮命令を行わなければならない。</p>	<p>(1) 管理者等の責務</p> <p>居宅条例第138条第1項は、指定通所リハビリテーション事業所の管理者は、医師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる看護師のうちから選任した者に、必要な管理の代行をさせることができる旨を明記したものであること。この場合、組織図等により、指揮命令系統を明確にしておく必要がある。</p>
(介護予防) 予防条例 第119条(略)	(介護予防) 条例施行要領 第四の一(略)

2 運営規程

- ・ 事業所ごとに運営規程を設け、事業の目的その他、通常の事業の実施地域、実施地域外の交通費負担、その他料金などについて定めること。

【指摘事例】

- ・ 交通費やキャンセル料、その他料金の負担について、運営規程に明記されていない。

根拠法令等	
居宅条例 第139条	条例施行要領 第三の七の3
<p>(運営規程)</p> <p>指定通所リハビリテーション事業者は、各指定通所リハビリテーション事業所において、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程(以下この章において「運営規程」という。)を定めなければならない。</p> <p>一 事業の目的及び運営の方針</p> <p>二 従業者の職種、員数及び職務の内容</p> <p>三 営業日及び営業時間</p> <p>四 指定通所リハビリテーションの利用定員(当該指定通所リハビ</p>	<p>(2) 運営規程</p> <p>7時間以上8時間未満の指定通所リハビリテーションの前後に連続して延長サービスを行う指定通所リハビリテーション事業所にあつては、指定通所介護と同様であるので、第三の六の3の(1)の①を参照されたい。</p> <p>【参照】第三の六の3の(1)</p> <p>① 営業日及び営業時間(第3号)</p> <p>指定通所リハビリテーションの営業日及び営業時間並びに当該</p>

<p>リテーション事業所において同時に指定通所リハビリテーションの提供を受けることができる利用者(当該指定通所リハビリテーション事業者が指定介護予防通所リハビリテーション事業者の指定を併せて受け、かつ、指定通所リハビリテーションの事業と指定介護予防通所リハビリテーションの事業とが同一の事業所において一体的に運営される場合は、当該事業所における指定通所リハビリテーション又は指定介護予防通所リハビリテーションの利用者をいう。)の数の上限をいう。)</p> <p>五 指定通所リハビリテーションの内容及び利用料その他の費用の額</p> <p>六 通常の事業の実施地域(当該指定通所リハビリテーション事業所が通常時に指定通所リハビリテーションを提供する地域をいう。)</p> <p>七 指定通所リハビリテーションの利用に当たっての留意事項</p> <p>八 非常災害対策</p> <p>九 虐待の防止のための措置に関する事項</p> <p>十 その他運営に関する重要事項</p>	<p>事業所のサービス提供時間帯を記載すること。</p> <p>なお、8時間以上9時間未満の<u>通所リハビリテーション</u>の前後に連続して延長サービスを行う<u>指定通所リハビリテーション</u>事業所にあつては、サービス提供時間とは別に当該延長サービスを行う時間を運営規程に明記すること(居宅条例第139条第3号についても同趣旨)。</p> <p>例えば、提供時間帯(9時間)の前に連続して1時間、後に連続して2時間、合計3時間の延長サービスを行う<u>指定通所リハビリテーション</u>事業所にあつては、当該<u>指定通所リハビリテーション</u>事業所の営業時間は12時間であるが、運営規程には、提供時間帯9時間、延長サービスを行う時間3時間とそれぞれ記載するものとする(居宅条例第139条第3号の「営業日及び営業時間」についても同趣旨)。</p> <p>② 指定通所リハビリテーションの利用定員(第4号)</p> <p>利用定員とは、当該指定通所リハビリテーション事業所において同時に指定通所リハビリテーションの提供を受けることができる利用者の数(実人員数)の上限をいうものであること(居宅条例第139条第4号の「指定通所リハビリテーションの利用定員」についても同趣旨)。</p> <p>③ 指定通所介護の内容及び利用料その他の費用の額(第5号)</p> <p>「指定通所リハビリテーションの内容」については、入浴、食事の有無等のサービスの内容を指すものであること(居宅条例第139条第5号の「指定通所リハビリテーションの内容」についても同趣旨)。</p> <p>④ サービス利用に当たっての留意事項(第7号)</p> <p>利用者が指定通所リハビリテーションの提供を受ける際に、利用者側が留意すべき事項(機能訓練室を利用する際の注意事項等)を指すものであること(居宅条例第139条第7号についても同趣旨)。</p> <p>⑤ 非常災害対策(第8号)</p> <p>(7)の非常災害に関する具体的計画を指すものであること(居宅条例第139条第8号、第151条第8号、第191条第6号及び第221条第8号についても同趣旨)。</p> <p>【参照】「条例施行要領」 第三の一の3(4)運営規程</p> <p>① 従業員の職種、員数及び職務の内容(第2号)</p> <p>従業員の「員数」は日々変わりうるものであるため、業務負担軽減等の観点から、規程を定めるに当たっては、居宅条例第5条において置くべきとされている員数を満たす範囲において、「〇人以上」と記載することも差し支えない(居宅条例第12条に規定</p>
---	---

	<p>する重要事項を記した文書に記載する場合についても、同様とする。) (以下、他のサービス種類についても同趣旨。)</p> <p>③ 利用料その他の費用の額 (第5号)</p> <p>「利用料」としては、法定代理受領サービスである指定通所リハビリテーションに係る利用料 (1割負担、2割負担又は3割負担) 及び法定代理受領サービスでない指定通所リハビリテーションの利用料 (10割分) を、「その他の費用の額」としては、居宅条例第104条第3項により徴収が認められている費用の額及び必要に応じてその他のサービスに係る費用の額を規定するものであること (以下、他のサービス種類についても同趣旨。)</p> <p>④ 通常の事業の実施地域 (第6号)</p> <p>通常の事業の実施地域は、客観的にその区域が特定されるものとする。なお、通常の事業の実施地域は、利用申込に係る調整等の観点からの目安であり、当該地域を越えてサービスが行われることを妨げるものではないものであること (以下、居宅条例第52条第5号、第67条第5号、第82条第5号、第102条第6号、第139条第6号及び第252条第5号についても同趣旨。)</p> <p>⑤ 虐待の防止のための措置に関する事項 (第9号)</p> <p>(31)の虐待の防止に係る、組織内の体制 (責任者の選定、従業員への研修方法や研修計画等) や虐待又は虐待が疑われる事象 (以下「虐待等」という。) が発生した場合の対応方法を指す内容であること (以下、他のサービス種類についても同趣旨。)</p>
<p>(介護予防) 予防条例 第120条 (略)</p>	<p>(介護予防) 条例施行要領 第四の一 (略)</p>

<p>●介護保険最新情報 vol. 952 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.3)」 (令和3年3月26日)</p>	
<p>所要時間区分の設定</p>	
<p>(問23)</p> <p>所要時間区分 (6時間以上7時間未満、7時間以上8時間未満等) は、あらかじめ事業所が確定させておかなければならないのか。利用者ごとに所要時間区分を定めることはできないのか。</p>	<p>(答)</p> <p>各利用者の通所サービスの所要時間は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて作成される通所サービス計画に位置づけられた内容によって個別に決まるものであり、各利用者の所要時間に応じた区分で請求することとなる。運営規程や重要事項説明書に定める事業所におけるサービス提供時間は、これらを踏まえて適正に設定する必要がある。</p>

<p>●介護保険最新情報 vol. 968 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.7)」 (令和3年4月21日)</p>	
<p>運営規程について</p>	
<p>(問1)</p> <p>令和3年度改定において、運営基準等で経過措置期間を定め、介護サービス事業所等に義務づけられたものがあるが、これらについて運営規程においてはどのように扱うのか。</p>	<p>(答)</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護保険法施行規則に基づき運営規程については、変更がある場合は都道府県知事又は市町村長に届け出ることとされているが、今般介護サービス事業所等に対し義務づけられたもののうち、経過措置が定められているものについては、当該期間においては、都道府県知事等に届け出ることま

	<p>で求めるものではないこと。</p> <ul style="list-style-type: none"> 一方、これらの取組については、経過措置期間であってもより早期に取組を行うことが望ましいものであることに留意すること。
--	---

3 勤務体制の確保等

- 事業所ごとに、月ごとの勤務表を作成すること。
 - 従業員の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、従事者の配置、管理者との兼務関係等を勤務表上明確にすること。
 - 事業所の従業員によってリハビリテーションを提供すること。
- 【指導事例】
- 病院・診療所全体の勤務表は作成されているが、指定通所リハビリテーション事業所としての勤務表が作成されていない。
 - 勤務表に記載すべき内容(日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、兼務関係等)が記載されていない。
(参考) 428 ページ：従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表(参考様式)
 - 雇用契約等が確認できず、指定通所リハビリテーションの従業員であることが不明確な事例が見られた。

根拠法令等	
居宅条例 第145条(第103条を準用)	条例施行要領 第三の七の3(6)(第三の六の3(2)を参照)
<p>(勤務体制の確保等)</p> <p>指定通所リハビリテーション事業者は、利用者に対し、適切な指定通所リハビリテーションを提供することができるよう各指定通所リハビリテーション事業所において、従業員の勤務体制を定めなければならない。</p>	<p>第三の七の3(6)(準用)</p> <p>(前段落) この場合において、特に次の点に留意するものとする。</p> <p>② 準用される居宅条例第103条第1項については、指定通所リハビリテーション事業所ごとに、通所リハビリテーション従業員の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、理学療法士、作業療法士、経験看護師等、看護職員及び介護職員の配置、管理者との兼務関係等を勤務表上明確にし、人員に関する基準が満たされていることを明らかにする必要があること。</p> <p>【参照】(2) 第三の六の3(2)</p> <p>(2) 勤務体制の確保等</p> <p>居宅条例第103条は、利用者に対する適切な指定通所リハビリテーションの提供を確保するため、職員の勤務体制等について規定したものであるが、このほか次の点に留意するものとする。</p> <p>① 指定通所リハビリテーション事業所ごとに、原則として月ごとの勤務表を作成し、通所リハビリテーション従業員の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、生活相談員、看護職員、介護職員及び機能訓練指導員の配置、各職種との兼務関係等を明確にすること。</p> <p>② 同条第2項は、原則として、当該指定通所リハビリテーション</p>
<p>2 指定通所リハビリテーション事業者は、各指定通所リハビリテ</p>	<p>② 同条第2項は、原則として、当該指定通所リハビリテーション</p>

ーション事業所において、当該指定通所リハビリテーション事業所の従業者によって指定通所リハビリテーションを提供しなければならない。ただし、利用者の処遇に直接影響を及ぼさない指定通所リハビリテーションについては、この限りでない。

3 指定通所リハビリテーション事業者は、通所リハビリテーション従業者の資質向上のための研修の機会を確保しなければならない。この場合において、当該指定通所リハビリテーション事業者は、全ての通所リハビリテーション従業者（看護職員、介護福祉士又は介護支援専門員の資格を有する者、法第8条第2項に規定する政令で定める者その他これらに類する者を除く。）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じなければならない。

事業所の従業者たる通所リハビリテーション従業者によって指定通所リハビリテーションを提供しなければならない。ただし、調理、洗濯等の利用者の処遇に直接影響を及ぼさない業務に限り、第三者への委託等を行うことを認めるものであること。

③ 同条第3項の規定は、指定訪問入浴介護に係る居宅基準第52条の2第3項と基本的に同趣旨であるため、第三の二の3の(3)③を参照されたいこと。

【参照】第三の二の3の(3)③

同条第3項前段は、当該指定通所リハビリテーション事業所の従業者の質の向上を図るため、研修機関が実施する研修や当該事業所内の研修への参加の機会を計画的に確保することとしたものであること。

また、同項後段は、介護サービス事業者に、介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者について、認知症介護基礎研修を受講させるために必要な措置を講じることが義務づけられることとしたものであり、これは、介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させ、認知症についての理解の下、本人主体の介護を行い、認知症の人の尊厳の保障を実現していく観点から実施するものであること。

当該義務付けの対象とならない者は、各資格のカリキュラム等において、認知症介護に関する基礎的な知識及び技術を習得している者とするとし、具体的には、同条第3項において規定されている看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、生活援助従事者研修修了者に加え、介護職員基礎研修課程又は訪問介護員養成研修一級課程・二級課程修了者、社会福祉士、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士、管理栄養士、栄養士、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師等とする。

なお、当該義務付けの適用に当たっては、令和3年改正条例附則第5項において、3年間の経過措置を設けており、令和6年3月31日までの間は、努力義務とされている。指定通所リハビリテーション事業者は、令和6年3月31日までに医療・福祉関係資格を有さない全ての通所リハビリテーション従業者に対し認知症介護基礎研修を受講させるための必要な措置を講じなければならない。また、新規採用、中途採用を問わず、事業所が新たに採用した従業者（医療・福祉関係資格を有さない者に限る。）に対する当該義務付けの適用については、採用後1年間の猶予期間を設けることとし、採用後1年を経過するまでに認知症介護基礎研修を受講させることとする（この場合についても、令和6年3月31日までは努力義務で差し支

4 指定通所リハビリテーション事業者は、適切な指定通所リハビリテーションの提供を確保する観点から、職場において行われる優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたもの又は性的な言動により通所リハビリテーション従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じなければならない。

えない)。

④ 同条第4項の規定は、指定通所リハビリテーションに係る居宅基準第11条第4項の規定と基本的に同趣旨であるため、第三の一の3の(6)④を参照されたいこと。

【参照】第三の一の3の(6)④

同条第4項は、雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律（昭和47年法律第113号）第11条第1項及び労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律（昭和41年法律第132号）第30条の2第1項の規定に基づき、事業主には、職場におけるセクシュアルハラスメントやパワーハラスメント（以下「職場におけるハラスメント」という。）の防止のための雇用管理上の措置を講じることが義務づけられていることを踏まえ、規定したものである。事業主が講ずべき措置の具体的な内容及び事業主が講じることが望ましい取組については、次のとおりとする。なお、セクシュアルハラスメントについては、上司や同僚に限らず、利用者やその家族等から受けるものも含まれることに留意すること。

イ 事業主が講ずべき措置の具体的な内容

事業主が講ずべき措置の具体的な内容は、事業主が職場における性的な言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針（平成18年厚生労働省告示第615号）及び事業主が職場における優越的な関係を背景とした言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針（令和2年厚生労働省告示第5号。以下「パワーハラスメント指針」という。）において規定されているとおりであるが、特に留意されたい内容は以下のとおりである。

a 事業主の方針等の明確化及びその周知・啓発

職場におけるハラスメントの内容及び職場におけるハラスメントを行ってはならない旨の方針を明確化し、従業者に周知・啓発すること。

b 相談（苦情を含む。以下同じ。）に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備

相談に対応する担当者をあらかじめ定めること等により、相談への対応のための窓口をあらかじめ定め、労働者に周知すること。

なお、パワーハラスメント防止のための事業主の方針の明確化等の措置義務については、女性の職業生活における活躍の推進に関する法律等の一部を改正する法律（令和元年法律

	<p>第24号) 附則第3条の規定により読み替えられた労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律第30条の2第1項の規定により、中小企業(医療・介護を含むサービス業を主たる事業とする事業主については資本金が5000万円以下又は常時使用する従業員の数が100人以下の企業)は、令和4年4月1日から義務化となり、それまでの間は努力義務とされているが、適切な勤務体制の確保等の観点から、必要な措置を講じるよう努められたい。</p> <p>ロ 事業主が講じることが望ましい取組について</p> <p>パワーハラスメント指針においては、顧客等からの著しい迷惑行為(カスタマーハラスメント)の防止のために、事業主が雇用管理上の配慮として行うことが望ましい取組の例として、①相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備、②被害者への配慮のための取組(メンタルヘルス不調への相談対応、行為者に対して1人で対応させない等)及び③被害防止のための取組(マニュアル作成や研修の実施等、業種・業態等の状況に応じた取組)が規定されている。介護現場では特に、利用者又はその家族等からのカスタマーハラスメントの防止が求められていることから、イ(事業者が講ずべき措置の具体的内容)の必要な措置を講じるにあたっては、「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」、「(管理職・職員向け)研修のための手引き」等を参考にした取組を行うことが望ましい。この際、上記マニュアルや手引きについては、厚生労働省ホームページに掲載されているので参考にされたい。</p>
<p>(介護予防) 予防条例 第120条の2 (略)</p>	<p>(介護予防) 条例施行要領 第四の一 (略)</p>

<p>●介護保険最新情報 vol. 952 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.3) 」 (令和3年3月26日)</p>	
<p>認知症介護基礎研修の義務づけについて</p>	
<p>(問3)</p> <p>養成施設及び福祉系高校で認知症に係る科目を受講したが介護福祉士資格は有していない者は、義務づけの対象外とすることが可能か。</p>	<p>(答)</p> <p>養成施設については卒業証明書及び履修科目証明書により、事業所及び自治体が認知症に係る科目を受講していることが確認できることを条件として対象外とする。なお、福祉系高校の卒業生については、認知症に係る教育内容が必修となっているため、卒業証明書により単に卒業が証明できれば対象外として差し支えない。</p>
<p>(問4)</p> <p>認知症介護実践者研修の修了者については、義務づけの対象外とすることが可能か。</p>	<p>(答)</p> <p>認知症介護実践者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護指導者研修等の認知症の介護等に係る研修を修了した者については、義務づけの対象外として差し支えない。</p>

<p>(問5) 認知症サポーター等養成講座の修了者については、義務づけの対象外とすることが可能か。</p>	<p>(答) 認知症サポーター等養成講座は、認知症について正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守り、支援する応援者を養成するものであるが、一方で、認知症介護基礎研修は認知症介護に携わる者が認知症の人や家族の視点を重視しながら、本人主体の介護を実施する上での、基礎的な知識・技術及び理念を身につけるための研修であり、その目的・内容が異なるため、認知症サポーター等養成講座修了者は、義務づけの対象外とはならない。</p>
<p>(問6) 人員配置基準上、従業者の員数として算定される従業者以外の者や、直接介護に携わる可能性がない者についても、義務づけの対象となるのか。</p>	<p>(答) 人員配置基準上、従業者の員数として算定される従業者以外の者や、直接介護に携わる可能性がない者については、義務づけの対象外である。一方で、義務づけの趣旨を踏まえ、認知症介護に携わる者が認知症の人や家族の視点を重視しながら、本人主体の介護を実施するためには、人員配置基準上、従業者の員数として算定される従業者以外の者や、直接介護に携わらない者であっても、当該研修を受講することを妨げるものではなく、各施設において積極的に判断いただきたい。</p>
<p>外国人介護職員への認知症介護基礎研修の義務づけについて</p>	
<p>(問7) 外国人介護職員についても、受講が義務づけられるのか。</p>	<p>(答) EPA介護福祉士、在留資格「介護」等の医療・福祉関係の有資格者を除き、従業員の員数として算定される従業者であって直接介護に携わる可能性がある者については、在留資格にかかわらず、義務づけの対象となる。</p>
<p>(問8) 外国人技能実習生が認知症介護基礎研修を受講する場合、技能実習計画には記載する必要があるのか。</p>	<p>(答) 認知症介護基礎研修は、法令等に基づき受講が義務づけられるものであることから、技能実習制度運用要領第4章第2節第3(2)を踏まえ、技能実習計画への記載は不要である(令和6年3月までの間、努力義務として行う場合も同様。)。なお、受講に係る給与や時間管理が通常の技能実習と同様に行われることや、研修の受講状況について、技能実習指導員が適切に管理することが必要である。</p>
<p>(問9) 事業所が外国人技能実習生に認知症介護基礎研修を受講させる場合、入国後講習中や新型コロナウイルス感染症対策のための入国後 14 日間の自宅待機期間中に受講させてもよいか。</p>	<p>(答) ・ 入国後講習中の外国人技能実習生については、入国後講習の期間中は業務に従事させないこととされていることから、認知症介護基礎研修を受講させることはできない。一方、新型コロナウイルス感染症対策のための入国後 14 日間の自宅待機期間中であって入国後講習中ではない外国人技能実習生については、受入企業との間に雇用関係がある場合</p>

	<p>に限り、認知症介護基礎研修（オンラインで実施されるものに限る。）を受講させることができる。</p> <ul style="list-style-type: none"> • なお、実際の研修受講にあたっての取扱い等（※）については、実施主体である都道府県等により異なる場合があることにご留意いただきたい。 <p>（※）研修の受講方法（eラーニング、Zoom 等による双方向型のオンライン研修、集合研修）、料金（補助の有無等）、受講枠など</p>
<p>（問 10）</p> <p>外国人介護職員が研修内容を理解して受講できるように、多言語化された研修教材は提供されるのか。</p>	<p>（答）</p> <p>令和3年度中に、日本語能力試験のN4レベルを基準としたeラーニング教材の作成を行うとともに、介護分野の在留資格「特定技能」に係る試験を実施している言語（フィリピン、インドネシア、モンゴル、ネパール、カンボジア、ベトナム、中国、タイ、ミャンマーの言語）を基本として外国人介護職員向けのeラーニング補助教材を作成することを予定している。</p>

4 業務継続計画の策定等（努力義務：令和6年3月31日まで）

- 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に行い、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定すること。
- 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施すること。

根拠法令等	
居宅条例 第145条（第11条の2を準用）	条例施行要領 第三の七の3(6)（第三の一の3(7)を参照）
<p>（業務継続計画の策定等）</p> <p>指定通所リハビリテーション事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所リハビリテーションの提供を継続的に行い、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。</p> <p>2 指定通所リハビリテーション事業者は、<u>指定通所リハビリテーション従業者</u>に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施しなければならない。</p> <p>3 指定通所リハビリテーション事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。</p>	<p>(7) 業務継続計画の策定等</p> <p>① 居宅条例第 11 条の2は、<u>指定通所リハビリテーション事業者</u>は、感染症や災害が発生した場合にあっても、利用者が継続して<u>指定通所リハビリテーション</u>の提供を受けられるよう、<u>指定通所リハビリテーション</u>の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定するとともに、当該業務継続計画に従い、<u>通所リハビリテーション従業者</u>その他の従業者に対して、必要な研修及び訓練（シミュレーション）を実施しなければならないこととしたものである。なお、業務継続計画の策定、研修及び訓練の実施については、居宅条例第 11 条の2に基づき事業所に実施が求められるものであるが、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。また、感染症や災害が発生した場合には、従業者が連携し取り組むことが求められることから、研修及び訓練の実施にあたっては、全ての従業者が参加できるようにす</p>

ることが望ましい。

なお、業務継続計画の策定等に係る義務付けの適用に当たっては、東京都指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営の基準に関する条例の一部を改正する条例(令和3年東京都条例第24号。以下「令和3年改正条例」という。)附則第3項において、3年間の経過措置を設けており、令和6年3月31日までの間は、努力義務とされている。

- ② 業務継続計画には、以下の項目等を記載すること。なお、各項目の記載内容については、「介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン」及び「介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン」を参照されたい。また、想定される災害等は地域によって異なるものであることから、項目については実態に応じて設定すること。なお、感染症及び災害の業務継続計画を一体的に策定することを妨げるものではない。

イ 感染症に係る業務継続計画

- a 平時からの備え(体制構築・整備、感染症防止に向けた取組の実施、備蓄品の確保等)
- b 初動対応
- c 感染拡大防止体制の確立(保健所との連携、濃厚接触者への対応、関係者との情報共有等)

ロ 災害に係る業務継続計画

- a 平常時の対応(建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフラインが停止した場合の対策、必要品の備蓄等)
- b 緊急時の対応(業務継続計画発動基準、対応体制等)
- c 他施設及び地域との連携

- ③ 研修の内容は、感染症及び災害に係る業務継続計画の具体的内容を職員間に共有するとともに、平常時の対応の必要性や、緊急時の対応にかかる理解の励行を行うものとする。

職員教育を組織的に浸透させていくために、定期的(年1回以上)な教育を開催するとともに、新規採用時には別に研修を実施することが望ましい。また、研修の実施内容についても記録すること。なお、感染症の業務継続計画に係る研修については、感染症の予防及びまん延の防止のための研修と一体的に実施することも差し支えない。

- ④ 訓練(シミュレーション)においては、感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、業務継続計画に基づき、事業所内の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合に実践するケアの演習等を定期的(年1回以上)に実施するものとする。

なお、感染症の業務継続計画に係る訓練については、感染症の

	<p>予防及びまん延の防止のための訓練と一体的に実施することも差し支えない。</p> <p>訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切である。</p>
(介護予防) 予防条例 第120条の2	(介護予防) 条例施行要領 第四の一(略)

5 内容及び手続の説明及び同意

- 利用申込者又はその家族に対し、サービスの提供の開始に際し、運営規程の概要、従業者の勤務の体制、その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書（重要事項説明書）を交付して説明を行い、その内容について利用申込者又はその家族の同意を得ること。
- 当該同意は、書面により確認すること。

【指導事例】

- 重要事項説明書に定めるべき事項が定められていない。
- 運営規程の内容と齟齬がある。

根拠法令等	
居宅条例 第145条（第12条を準用）	条例施行要領 第三の七の3(6)（第三の一の3(8)を参照）
<p>(内容及び手続の説明及び同意)</p> <p><u>指定通所リハビリテーション事業者は、指定通所リハビリテーションの提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、運営規程の概要、通所リハビリテーション従業者の勤務体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該指定通所リハビリテーションの提供の開始について当該利用申込者の同意を得なければならない。</u></p> <p>2 <u>指定通所リハビリテーション事業者は、利用申込者又はその家族からの申出があった場合は、前項の規定による文書の交付に代えて、当該利用申込者又はその家族の同意を得て、前項の重要事項を電子情報処理組織（指定通所リハビリテーション事業者の使用に係る電子計算機（入出力装置を含む。以下この条において同じ。）と当該利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機とを電気通信回線で接続した電子情報処理組織をいう。）を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法であって規則で定めるもの（以下この条において「電磁的方法」という。）により提供することができる。この場合において、当該指定通所リハビリテーション事業者は、あらかじめ、当該利用申込者又はその家族に対し、提供に用いる電磁的方法の種類及び内容を示し、文書</u></p>	<p>(8) 内容及び手続の説明及び同意</p> <p>居宅条例第12条は、<u>指定通所リハビリテーション事業者は、利用者に対し適切な指定通所リハビリテーションを提供するため、その提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、当該指定通所リハビリテーション事業所の運営規程の概要、通所リハビリテーション従業者の勤務体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制等の利用申込者がサービスを選択するために必要な重要事項について、わかりやすい説明書等の文書を交付して懇切丁寧に説明を行い、当該事業所から指定通所リハビリテーションの提供を受けることにつき同意を得なければならないこととしたものである。なお、当該同意については、利用者及び指定通所リハビリテーション事業者双方の保護の立場から書面によって確認すること。</u></p>

又は電磁的方法による同意を得なければならない。

3 電磁的方法は、利用申込者又はその家族が当該利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機に備えられたファイルへの記録を出力することによる文書を作成することができるものでなければならない。

4 第2項後段の同意を得た指定通所リハビリテーション事業者は、当該利用申込者又はその家族から文書又は電磁的方法により第1項の重要事項について電磁的方法による提供を受けない旨の申出があったときは、当該利用申込者又はその家族に対し、電磁的方法による提供をしてはならない。ただし、当該利用申込者又はその家族が再び第2項後段の同意をした場合は、この限りでない。

居宅規則

第30条（第4条を準用）

（電磁的方法による手続）

第4条 条例第12条第2項に規定する規則で定める電磁的方法は、次に掲げるものとする。

一 電子情報処理組織を使用する方法のうちイ又はロに掲げるもの
イ 指定通所リハビリテーション事業者の使用に係る電子計算機と利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機とを接続する電気通信回線を通じて条例第12条第1項に規定する重要事項（以下この条において単に「重要事項」という。）を送信し、当該利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録する方法

ロ 指定通所リハビリテーション事業者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録された重要事項を電気通信回線を通じて利用申込者又はその家族の閲覧に供し、当該利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに当該重要事項を記録する方法（条例第12条第2項後段に規定する電磁的方法による提供を受ける旨の同意又は同条第4項本文に規定する電磁的方法による提供を受けない旨の申出をする場合にあっては、指定通所リハビリテーション事業者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルにその旨を記録する方法）

二 磁気ディスク、シー・ディー・ロムその他これらに準ずる一定の事項を確実に記録することができる電磁的記録媒体をもって調製するファイルに重要事項を記録したものを交付する方法

（介護予防）予防条例 第123条（準用第52条の3）（略）
予防規則 第26条（準用第8条）（略）

（介護予防）条例施行要領 第四の一（略）

6 提供拒否の禁止

根拠法令等	
<p>居宅条例 第145条（第13条を準用）</p> <p>（提供拒否の禁止）</p> <p>指定通所リハビリテーション事業者は、正当な理由なく、指定通所リハビリテーションの提供を拒んではならない。</p>	<p>条例施行要領 第三の七の3(6)（第三の一の3(9)を参照）</p> <p>(9) 提供拒否の禁止</p> <p>居宅条例第13条は、指定通所リハビリテーション事業者は、原則として、利用申込に対しては応じなければならないことを規定したものであり、特に、要介護度や所得の多寡を理由にサービスの提供を拒否することを禁止するものである。また、利用者が特定のサービス行為以外の通所リハビリテーションサービスの利用を希望することを理由にサービス提供を拒否することも禁止するものである（ただし、厚生省通知「指定訪問介護事業所の事業運営の取扱等について」（平成12年11月16日老振第76号）の1を除く。）。提供を拒むことのできる正当な理由がある場合とは、①当該事業所の現員からは利用申込に応じきれない場合、②利用申込者の居住地が当該事業所の通常の事業の実施地域外である場合、その他利用申込者に対し自ら適切な指定通所リハビリテーションを提供することが困難な場合である。</p>
<p>（介護予防）予防条例 第123条（準用第52条の4）（略）</p>	<p>（介護予防）条例施行要領 第四の一（略）</p>

7 サービス提供困難時の対応

根拠法令等	
<p>居宅条例 第145条（第14条を準用）</p> <p>（サービス提供困難時の対応）</p> <p>指定通所リハビリテーション事業者は、当該指定通所リハビリテーション事業所の通常の事業の実施地域等を勘案し、利用申込者に対し自ら必要な指定通所リハビリテーションを提供することが困難であると認める場合は、当該利用申込者に係る居宅介護支援事業者への連絡、他の指定通所リハビリテーション事業者等の紹介その他の必要な措置を速やかに講じなければならない。</p>	<p>条例施行要領 第三の七の3(6)（第三の一の3(10)を参照）</p> <p>(11) サービス提供困難時の対応</p> <p>指定通所リハビリテーション事業者は、居宅条例第13条の正当な理由により、利用申込者に対し自ら適切な指定通所リハビリテーションを提供することが困難であると認めた場合には、居宅条例第14条の規定により、当該利用申込者に係る居宅介護支援事業者への連絡、適当な他の指定通所リハビリテーション事業者等の紹介その他の必要な措置を速やかに講じなければならないものである。</p>
<p>（介護予防）予防条例 第123条（準用第52条の5）（略）</p>	<p>（介護予防）条例施行要領 第四の一（略）</p>

8 受給資格等の確認

- サービスの提供の開始にあたっては、被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確かめること。

根拠法令等	
居宅条例 第145条 (第15条を準用)	条例施行要領 第三の七の3(6) (第三の一の3(1)を参照)
<p>(受給資格等の確認)</p> <p>指定通所リハビリテーション事業者は、指定通所リハビリテーションの提供の開始に際し、利用者の提示する被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確認しなければならない。</p> <p>2 指定通所リハビリテーション事業者は、前項の被保険者証に認定審査会意見が記載されているときは、当該認定審査会意見に配慮して、指定通所リハビリテーションを提供するよう努めなければならない。</p>	<p>(1) 受給資格等の確認</p> <p>① 居宅条例第15条第1項は、指定通所リハビリテーションの利用に係る費用につき保険給付を受けることができるのは、要介護認定を受けている被保険者に限られるものであることを踏まえ、指定通所リハビリテーション事業者は、指定通所リハビリテーションの提供の開始に際し、利用者の提示する被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確かめなければならないこととしたものである。</p> <p>② 同条第2項は、利用者の被保険者証に、指定居宅サービスの適切かつ有効な利用等に関し当該被保険者が留意すべき事項に係る認定審査会意見が記載されているときは、指定通所リハビリテーション事業者は、これに配慮して指定通所リハビリテーションを提供するように努めるべきことを規定したものである。</p>
(介護予防) 予防条例 第123条 (準用第52条の6) (略)	(介護予防) 条例施行要領 第四の一 (略)

9 要介護認定の申請に係る援助

根拠法令等	
居宅条例 第145条 (第16条を準用)	条例施行要領 第三の七の3(6) (第三の一の3(1)を参照)
<p>(要介護認定の申請に係る援助)</p> <p>指定通所リハビリテーション事業者は、要介護認定の申請をしていないことにより要介護認定を受けていない利用申込者に対しては、当該利用申込者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行わなければならない。</p> <p>2 指定通所リハビリテーション事業者は、居宅介護支援(これに相当するサービスを含む。)が利用者に対して行われていない等の場合に必要と認めるときは、当該利用者の受けている要介護認定の更新の申請が、遅くとも当該要介護認定の有効期間の満了日の30日前までに行われるよう必要な援助を行わなければならない。</p>	<p>(12) 要介護認定の申請に係る援助</p> <p>① 居宅条例第16条第1項は、要介護認定の申請がなされていれば、要介護認定の効力が申請時に遡ることにより、指定通所リハビリテーションの利用に係る費用が保険給付の対象となりうることを踏まえ、指定通所リハビリテーション事業者は、利用申込者が要介護認定を受けていないことを確認した場合には、要介護認定の申請が既に行われているか否かを確認し、申請が行われていない場合は、当該利用申込者の意向を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行わなければならないこととしたものである。</p> <p>② 同条第2項は、要介護認定の有効期間が原則として6か月ごとに終了し、継続して保険給付を受けるためには要介護更新認定を受ける必要があること及び当該認定が申請の日から30日以内に行われることとされていることを踏まえ、指定通所リハビリテーション事業者は、居宅介護支援(これに相当するサービスを含む。)が利用者に対して行われていない等の場合であって必要と認めるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも当該利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する30日前にはなされるよ</p>

	う、必要な援助を行わなければならないこととしたものである。
(介護予防) 予防条例 第123条(準用第52条の7) (略)	(介護予防) 条例施行要領 第四の一 (略)

10 心身の状況、病歴等の把握

根拠法令等	
居宅条例 第145条(第17条を準用)	
(心身の状況、病歴等の把握) 指定通所リハビリテーション事業者は、指定通所リハビリテーションの提供に当たっては、利用者に係るサービス担当者会議等を通じて、当該利用者の心身の状況、病歴、置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めなければならない。	
(介護予防) 予防条例 第123条(準用第52条の8) (略)	

11 居宅介護支援事業者等との連携

根拠法令等	
居宅条例 第145条(第69条を準用)	
(居宅介護支援事業者等との連携) 指定通所リハビリテーション事業者は、指定通所リハビリテーションの提供に当たっては、居宅介護支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。 2 指定通所リハビリテーション事業者は、指定通所リハビリテーションの提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、主治の医師及び当該利用者に係る居宅介護支援事業者に対する情報の提供並びに保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。	
(介護予防) 予防条例 第123条(準用第69条) (略)	

12 法定代理受領サービス等の提供を受けるための援助

根拠法令等	
居宅条例 第145条(第19条を準用)	条例施行要領 第三の七の3(6)(第三の一の3(13)を参照)
(法定代理受領サービスの提供を受けるための援助)	(13) 法定代理受領サービスの提供を受けるための援助

<p>指定通所リハビリテーション事業者は、指定通所リハビリテーションの提供の開始に際しては、利用申込者が介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号。以下「施行規則」という。）第64条各号のいずれにも該当しないときは、当該利用申込者又はその家族に対し、居宅サービス計画の作成を居宅介護支援事業者に依頼する旨の区市町村への届出等により、指定通所リハビリテーションの提供を法定代理受領サービスの提供として受けることが可能となる旨の説明、居宅介護支援事業者に関する情報の提供その他の法定代理受領サービスの提供のために必要な援助を行わなければならない。</p>	<p>居宅条例第19条は、介護保険法施行規則第64条第1号イ又はロに該当する利用者は、指定通所リハビリテーションの提供を法定代理受領サービスとして受けることができることを踏まえ、指定通所リハビリテーション事業者は、施行規則第64条第1号イ又はロに該当しない利用申込者又はその家族に対し、指定通所リハビリテーションの提供を法定代理受領サービスとして受けるための要件の説明、居宅介護支援事業者に関する情報提供その他の法定代理受領サービスを行うために必要な援助を行わなければならないこととしたものである。</p>
<p>（介護予防）予防条例 第123条（準用第52条の10）（略）</p>	<p>（介護予防）条例施行要領 第四の一（略）</p>

1.3 居宅サービス計画に沿ったサービスの提供

- ・ 居宅サービス計画に沿ったリハビリテーションを提供すること。

根拠法令等	
<p>居宅条例 第145条（第20条を準用）</p>	
<p>（居宅サービス計画に沿ったサービスの提供）</p> <p>指定通所リハビリテーション事業者は、居宅サービス計画（施行規則第64条第1号ハ及びビに規定する計画を含む。以下同じ。）が作成されている場合は、当該計画に沿った指定通所リハビリテーションを提供しなければならない。</p>	
<p>（介護予防）予防条例 第123条（準用第52条の11）（略）</p>	

1.4 居宅サービス計画等の変更の援助

根拠法令等	
<p>居宅条例 第145条（第21条を準用）</p>	<p>条例施行要領 第三の七の3(6)（第三の一の3(14)を参照）</p>
<p>（居宅サービス計画等の変更の援助）</p> <p>指定通所リハビリテーション事業者は、利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合は、当該利用者に係る居宅介護支援事業者への連絡その他の必要な援助を行わなければならない。</p>	<p>(14) 居宅サービス計画等の変更の援助</p> <p>居宅条例第21条は、指定通所リハビリテーションを法定代理受領サービスとして提供するためには当該指定通所リハビリテーションが居宅サービス計画に位置付けられている必要があることを踏まえ、指定通所リハビリテーション事業者は、利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合（利用者の状態の変化等により追加的なサービスが必要となり、当該サービスを法定代理受領サービスとして行う等のために居宅サービス計画の変更が必要となった場合で、指定通所リハビリテーション事業者からの当該変更の必要性の説明に対し利用者が同意する場合を含む。）は、当該利用者に係る居宅</p>

	介護支援事業者への連絡、サービスを追加する場合に当該サービスを法定代理受領サービスとして利用する場合には支給限度額の範囲内で居宅サービス計画を変更する必要がある旨の説明その他の必要な援助を行わなければならないこととしたものである。
(介護予防) 予防条例 第123条(準用第52条の12) (略)	(介護予防) 条例施行要領 第四の一 (略)

15 サービスの提供の記録

- リハビリテーションを提供した際には、提供日、具体的なサービスの内容等必要事項を記録すること。

【指導事例】

- 通所リハビリテーションを提供したにもかかわらず、サービスに関する記録が残されていなかった。
- 具体的なサービス内容が不明確
- 記録上、加算の要件を満たしているか不明確

根拠法令等	
居宅条例 第145条(第23条を準用)	条例施行要領 第三の七の3(6)(第三の一の3(16)を参照)
<p>(サービスの提供の記録)</p> <p>指定通所リハビリテーション事業者は、指定通所リハビリテーションを提供した際には、当該指定通所リハビリテーションの提供日及び内容、当該指定通所リハビリテーションについて法第41条第6項の規定により利用者に代わって支払を受ける居宅介護サービス費の額その他必要な事項を、当該利用者に係る居宅サービス計画を記載した書面又はこれに準ずる書面に記載しなければならない。</p> <p>2 指定通所リハビリテーション事業者は、指定通所リハビリテーションを提供した際には、提供したサービスの具体的な内容等を記録するとともに、利用者からの申出があった場合は、文書の交付その他適切な方法により、当該事項に係る情報を当該利用者提供しなければならない。</p>	<p>(16) サービスの提供の記録</p> <p>① 居宅条例第23条第1項は、利用者及びサービス事業者が、その時点で支給限度額の残額やサービスの利用状況を把握できるようにするために、指定通所リハビリテーション事業者は、指定通所リハビリテーションを提供した際には、当該指定通所リハビリテーションの提供日、提供時間、内容(例えば、身体介護、生活援助、通院等のための乗車又は降車の介助の別)、保険給付の額その他必要な事項を、利用者の居宅サービス計画の書面又はサービス利用票等に記載しなければならないこととしたものである。</p> <p>② 同条第2項は、当該指定通所リハビリテーションの提供日、提供した具体的なサービスの内容、利用者の心身の状況、病歴、その他必要な事項を記録するとともに、サービス事業者間の密接な連携等を図るため、利用者からの申出があった場合には、文書の交付その他適切な方法により、その情報を利用者に対して提供しなければならないこととしたものである。</p> <p>また、「その他適切な方法」とは、例えば、利用者の用意する手帳等に記載するなどの方法である。</p> <p>なお、提供した具体的なサービスの内容等の記録は、居宅条例第144条第2項の規定に基づき、2年間保存しなければならない。</p>
(介護予防) 予防条例 第123条(準用第52条の14) (略)	(介護予防) 条例施行要領 第四の一 (略)

16 利用料等の受領及び領収証の交付

- 利用者から徴収する費用については、あらかじめ運営規程等にその料金を定め、利用者又はその家族に対して説明を行い、利用者の同意を得ること。
- 通常の事業の実施地域内で、利用者から交通費の支払いを受けることはできない。
- 「その他の日常生活費」について、保険給付の対象となっているサービスと明確に区分されないあいまいな名目による費用の受領は認められず、また利用者等の希望を確認した上で提供されるものであるため、すべての利用者に対して一律に提供し、すべての利用者からその費用を画一的に徴収することは認められない。
- 「入所者等から支払を受けることができる利用料等について（通知）」（平成23年3月11日付22福保高施第2016号・22福保高介第1546号）を確認すること。

（利用料等の受領について）

根拠法令等	
居宅条例 第145条（第104条を準用）	条例施行要領 第三の七の3(6)（第三の六の3(3)を参照）
<p>（利用料等の受領）</p> <p>指定通所リハビリテーション事業者は、法定代理受領サービスに該当する指定通所リハビリテーションを提供した際には、利用者から利用料の一部として、当該指定通所リハビリテーションに係る居宅介護サービス費用基準額から当該指定通所リハビリテーション事業者に支払われる居宅介護サービス費の額を控除して得た額の支払を受けるものとする。</p> <p>2 指定通所リハビリテーション事業者は、法定代理受領サービスに該当しない指定通所リハビリテーションを提供した際に利用者から支払を受ける利用料の額と指定通所リハビリテーションに係る居宅介護サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じないようにしなければならない。</p> <p>3 指定通所リハビリテーション事業者は、前2項に定める場合において利用者から支払を受ける額のほか規則で定める費用の額の支払を利用者から受けることができる。</p> <p>4 指定通所リハビリテーション事業者は、前項に規定する費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービス内容及び費用について説明を行い、当該利用者の同意を得なければならない。</p> <p>居宅規則</p> <p>第30条（第19条を準用）</p> <p>（利用料等の内容）</p> <p>第19条 条例第104条第3項に規定する規則で定める費用の額</p>	<p>(3) 利用料等の受領</p> <p>① 居宅条例第104条第1項、第2項及び第4項の規定は、指定訪問介護に係る第24条第1項、第2項及び第4項の規定と同趣旨であるため、第三の一の3の(17)の①、②及び④を参照されたい。</p> <p>② 同条第3項は、指定通所リハビリテーション事業者は、指定通所リハビリテーションの提供に関して、居宅規則第19条で定める、</p> <p>イ 利用者の選定により通常の事業の実施地域以外の地域に居住する利用者に対して行う送迎に要する費用</p> <p>ロ 指定通所リハビリテーションに通常要する時間を超える指定通所リハビリテーションであって利用者の選定に係るものの提供に伴い必要となる費用の範囲内において、通常の指定通所リハビリテーションに係る居宅介護サービス費用基準額を超える費用</p> <p>ハ 食事の提供に要する費用</p> <p>ニ おむつ代</p> <p>ホ 前各号に掲げるもののほか、指定通所リハビリテーションの提供において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担させることが適当と認められるものについては、前2項の利用料のほかに利用者から支払を受けることができることとし、保険給付の対象となっているサービスと明確に区分されないあいまいな名目による費用の支払を受けることは認めないこととしたものである。なお、ハの費用については、厚生労働省告示（居住、滞在及び宿泊並びに食事の提供に係る利用料等に関する指針</p>

<p>は、次に掲げるとおりとし、第3号に定める費用の額については、厚生労働大臣が定めるところによるものとする。</p> <p>一 条例第139条第6号に規定する通常の事業の実施地域以外の地域に居住する利用者の選定により当該利用者に対して行う送迎に要する費用</p> <p>二 <u>指定通所リハビリテーション</u>に通常要する時間を超える<u>指定通所リハビリテーション</u>であって利用者の選定に係るものの提供に伴い必要となる費用の範囲内において、通常の<u>指定通所リハビリテーション</u>に係る居宅介護サービス費用基準額を超える費用</p> <p>三 食事の提供に要する費用</p> <p>四 おむつ代</p> <p>五 前各号に掲げるもののほか、<u>指定通所リハビリテーション</u>として提供される便宜のうち、日常生活において通常必要となるものに係る費用であって、かつ、当該利用者負担させることが適当と認められるもの</p>	<p>(平成17年厚生労働省告示第419号。以下「指針」という。))の定めるところによるものとし、木の費用の具体的な範囲については、厚生省通知「通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて(平成12年老企第54号)」に定めるところによるものとする。</p> <p>【参照】第三の一の3の(17)</p> <p>(17) 利用料等の受領</p> <p>① 居宅条例第104条第1項は、<u>指定通所リハビリテーション</u>事業者は、法定代理受領サービスとして提供される<u>指定通所リハビリテーション</u>についての利用者負担として、居宅介護サービス費用基準額の1割、2割又は3割(法第50条若しくは第60条又は第69条第5項の規定の適用により保険給付の率が9割、8割又は7割でない場合については、それに応じた割合)の支払を受けなければならないことを規定したものである。</p> <p>② 同条第2項は、利用者間の公平及び利用者の保護の観点から、法定代理受領サービスでない<u>指定通所リハビリテーション</u>を提供した際に、その利用者から支払を受ける利用料の額と、法定代理受領サービスである<u>指定通所リハビリテーション</u>に係る費用の額の間に、一方の管理経費の他方への転嫁等による不合理な差額を設けてはならないこととしたものである。</p> <p>なお、<u>指定通所リハビリテーション</u>のサービスとは別に、介護保険外サービス(介護保険給付の対象とならない、<u>指定通所リハビリテーション</u>のサービスと明確に区分されるサービス)を提供する場合には、利用者にわかりやすいように、<u>指定通所リハビリテーション</u>事業とは別事業として区分けし、次のような方法により別の料金設定をして差し支えない。</p> <p>イ 利用者に、当該事業が<u>指定通所リハビリテーション</u>の事業とは別事業であり、当該サービスが介護保険給付の対象とならないサービスであることを説明し、理解を得ること。</p> <p>ロ 当該事業の目的、運営方針、利用料等が、<u>指定通所リハビリテーション</u>事業所の運営規程とは別に定められていること。</p> <p>ハ 会計が<u>指定通所リハビリテーション</u>の事業の会計と区分されていること。</p> <p>④ 同条第4項は、<u>指定通所リハビリテーション</u>事業者は、前項の交通費の支払を受けるに当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対してその額等に関して説明を行い、利用者の同意を得なければならないこととしたものである。</p>
<p>(介護予防) 予防条例 第120条の3 (利用料の受領)</p>	<p>(介護予防) 条例施行要領 第四の一(略)・第四の二の2 第四の二 介護サービスとの相違点</p>

<p>指定介護予防通所リハビリテーション事業者は、法定代理受領サービスに該当する指定介護予防通所リハビリテーションを提供した際には、利用者から利用料の一部として、当該指定介護予防通所リハビリテーションに係る介護予防サービス費用基準額から当該指定介護予防通所リハビリテーション事業者に支払われる介護予防サービス費の額を控除して得た額の支払を受けるものとする。</p> <p>2 指定介護予防通所リハビリテーション事業者は、法定代理受領サービスに該当しない指定介護予防通所リハビリテーションを提供した際に利用者から支払を受ける利用料の額と指定介護予防通所リハビリテーションに係る介護予防サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じないようにしなければならない。</p> <p>3 指定介護予防通所リハビリテーション事業者は、前二項の支払を受ける額のほか、規則で定める費用の額の支払を利用者から受けることができる。</p> <p>4 指定介護予防通所リハビリテーション事業者は、前項に規定する費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービス内容及び費用について説明を行い、当該利用者の同意を得なければならない。</p> <p>予防規則 (利用料等の内容)</p> <p>第25条の2 条例第120条の3第3項に規定する規則で定める費用の額は、次に掲げるとおりとし、第2号に定める費用の額については、厚生労働大臣が定めるところによるものとする。</p> <p>一 条例第120条第6号に規定する通常の事業の実施地域以外の地域に居住する利用者の選定により当該利用者に対して行う送迎に要する費用</p> <p>二 食事の提供に要する費用</p> <p>三 おむつ代</p> <p>四 前3号に掲げるもののほか、指定介護予防通所リハビリテーションとして提供される便宜のうち、日常生活において通常必要となるものに係る費用であって、かつ、当該利用者負担させることが適当と認められるもの</p>	<p>2 介護予防通所リハビリテーション 利用料の受領（予防条例120条の3第3項）</p> <p>通所リハビリテーションでは、利用料以外に「その他の費用の額」として「指定通所リハビリテーションに通常要する時間を超える指定通所リハビリテーションであって利用者の選定に係るものの提供に伴い必要となる費用の範囲内において、通常の指定通所リハビリテーションに係る居宅介護サービス費用基準額を超える費用」を利用者から受け取ることができるが、介護予防通所リハビリテーションでは、受け取ることができないので留意すること。</p>
---	--

<p>●介護制度改革 information vol.78「平成18年4月改定関係Q&A(vol.1)」(平成18年3月22日)</p>	
<p>介護予防通所介護・通所リハビリテーション(キャンセル料等)</p>	
<p>(問15) これまで急なキャンセルの場合又は連絡がない不在の場合にはキャンセル料を徴収することができたが、月単位の介護</p>	<p>(答) キャンセルがあった場合においても、介護報酬上は定額どおりの算定がなされることを踏まえると、キャンセル料を設</p>

報酬となった後もキャンセル料を徴収することは可能か。また、キャンセルがあった場合においても、報酬は定額どおりの算定が行われるのか。	定することは想定しがたい。
---	---------------

(領収証について)

根拠法令等	
介護保険法 第41条第8項	介護保険法施行規則 第65条
指定居宅サービス事業者は、指定居宅サービスその他のサービスの提供に要した費用につき、その支払を受ける際、当該支払をした居宅要介護被保険者に対し、厚生労働省令で定めるところにより、領収証を交付しなければならない。	指定居宅サービス事業者は、法第41条第8項の規定により交付しなければならない領収証に、指定居宅サービスについて居宅要介護被保険者から支払を受けた費用の額のうち、同条第4項第1号又は第2号に規定する厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額（その額が現に当該指定居宅サービスに要した費用の額を超えるときは、当該現に指定居宅サービスに要した費用の額とする。）、食事の提供に要した費用の額及び滞在に要した費用の額に係るもの並びにその他の費用の額を区分して記載し、当該その他の費用の額についてはそれぞれ個別の費用ごとに区分して記載しなければならない。
(介護予防)介護保険法第53条第7項(法第41条第8項を準用)(略)	(介護予防)介護保険法施行規則第85条(施行規則第65条を準用)(略)

17 保険給付の申請に必要なとなる証明書の交付

根拠法令等	
「居宅条例」 第145条(第25条を準用)	「条例施行要領」第3の七の3(6)(第三の一の3(10)を参照)
(保険給付の申請に必要なとなる証明書の交付) 指定通所リハビリテーション事業者は、法定代理受領サービスに該当しない指定通所リハビリテーションに係る利用料の支払を受けた場合は、当該指定通所リハビリテーションの内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を利用者へ交付しなければならない。	(18) 保険給付の請求のための証明書の交付 居宅条例第25条は、利用者が特別区及び市町村に対する保険給付の請求を容易に行えるよう、指定通所リハビリテーション事業者は、法定代理受領サービスでない指定通所リハビリテーションに係る利用料の支払を受けた場合は、提供した指定通所リハビリテーションの内容、費用の額その他利用者が保険給付を請求する上で必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を利用者に対して交付しなければならないこととしたものである。
(介護予防) 予防条例 第123条(準用第53条の2)(略)	(介護予防) 条例施行要領 第四の一(略)

18 指定通所リハビリテーションの基本取扱方針

根拠法令等	
「居宅条例」 第140条	
(指定通所リハビリテーションの基本取扱方針)	

<p>指定通所リハビリテーションは、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、目標を設定し、計画的に行われなければならない。</p> <p>2 指定通所リハビリテーション事業者は、提供する指定通所リハビリテーションの質の評価を行い、常に改善を図らなければならない。</p>	
<p>(介護予防) 予防条例 第124条</p>	<p>(介護予防) 条例施行要領 第四の三の5(1)</p>
<p>(指定介護予防通所リハビリテーションの基本取扱方針)</p> <p>指定介護予防通所リハビリテーションは、利用者の介護予防に資するよう、目標を設定し、計画的に行われなければならない。</p> <p>2 指定介護予防通所リハビリテーション事業者は、提供する指定介護予防通所リハビリテーションの質の評価を行うとともに、主治の医師又は歯科医師と連携を図り、常に改善を図らなければならない。</p> <p>3 指定介護予防通所リハビリテーション事業者は、単に利用者の運動器の機能の向上、栄養状態の改善、口腔機能の向上等の特定の心身機能に着目した改善等を目的とするものではなく、当該心身機能の改善等を通じて、利用者が可能な限り要介護状態とならずに自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的として指定介護予防通所リハビリテーションの提供を行わなければならない。</p> <p>4 指定介護予防通所リハビリテーション事業者は、利用者が有する能力を最大限活用することが可能となるような方法による指定介護予防通所リハビリテーションの提供に努めなければならない。</p> <p>5 指定介護予防通所リハビリテーション事業者は、指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっては、利用者との意思の疎通を十分に図ることその他の方法により、利用者の主体的な事業への参加を働きかけるよう努めなければならない。</p>	<p>(1) 指定介護予防通所リハビリテーションの基本取扱方針</p> <p>予防条例第124条にいう指定介護予防通所リハビリテーションの基本取扱方針について、特に留意すべきところは、次のとおりである。</p> <p>① 指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっては、介護予防とは、単に高齢者の運動機能や栄養改善といった特定の機能の改善だけを目指すものではなく、これらの心身機能の改善や環境調整等を通じて、一人ひとりの高齢者ができる限り要介護状態にならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的として行われるものであることに留意しつつ行うこと。</p> <p>② 介護予防の十分な効果を高める観点からは、利用者の主体的な取組が不可欠であることから、サービスの提供に当たっては、利用者の意欲が高まるようコミュニケーションの取り方をはじめ、様々な工夫をして、適切な働きかけを行うよう努めること。</p> <p>③ サービスの提供に当たって、利用者ができないことを単に補う形でのサービス提供は、かえって利用者の生活機能の低下を引き起こし、サービスへの依存を生み出している場合があるとの指摘を踏まえ、「利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行う」ことを基本として、利用者のできる能力を阻害するような不適切なサービス提供をしないよう配慮すること。</p> <p>④ 提供された介護予防サービスについては、介護予防通所リハビリテーション計画に定める目標達成の度合いや利用者及びその家族の満足度等について常に評価を行うなど、その改善を図らなければならないものであること。</p>

19 指定通所リハビリテーションの具体的取扱方針

- 医師等の従業者は、少なくとも1月に1回、介護予防通所リハビリテーション計画に係る利用者の状態、サービスの提供状況等について、介護予防サービス計画を作成した介護予防支援事業者に報告すること。

【指導事例】

- 1月に1回の介護予防支援事業者への報告が、実施されていなかった。

根拠法令等

居宅条例 第141条	条例施行要領 第三の七の3(3)
<p>(指定通所リハビリテーションの具体的取扱方針)</p> <p>指定通所リハビリテーションの具体的な取扱いは、第135条に規定する基本方針及び前条に規定する基本取扱方針に基づき、次に掲げるところによらなければならない。</p> <p>一 医師の指示及び次条第1項に規定する通所リハビリテーション計画に基づき、利用者の心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立に資するよう、適切に行うこと。</p> <p>二 通所リハビリテーション従業者は、利用者又はその家族に対し、リハビリテーションの観点から療養上必要とされる事項について、指導又は説明を行うこと。</p> <p>三 常に利用者の病状、心身の状況及び置かれている環境的確な把握に努め、利用者に対し適切な指定通所リハビリテーションを提供すること。この場合において、特に認知症である要介護者に対しては、必要に応じ、その特性に対応した指定通所リハビリテーションの提供ができる体制を整えること。</p> <p>四 指定通所リハビリテーション事業者は、リハビリテーション会議の開催により、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有するよう努め、利用者に対し、適切なサービスを提供すること。</p>	<p>(3) 指定通所リハビリテーションの具体的取扱方針及び通所リハビリテーション計画の作成</p> <p>※「20 通所リハビリテーション計画の作成」参照</p>
(介護予防) 予防条例 第125条	(介護予防) 条例施行要領 第四の三の5(2)
<p>(指定介護予防通所リハビリテーションの具体的取扱方針)</p> <p>指定介護予防通所リハビリテーションの具体的な取扱いは、第116条に規定する基本方針及び前条に規定する基本取扱方針に基づき、次に掲げるところによらなければならない。</p> <p>一 主治の医師若しくは歯科医師からの情報の伝達又はサービス担当者会議若しくはリハビリテーション会議を通じること等の方法により、利用者の病状、心身の状況、置かれている環境等日常生活全般の状況を把握すること。</p> <p>二 医師及び理学療法士、作業療法士その他専ら指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たる介護予防通所リハビリテーション従業者(以下この節において「医師等の従業者」という。)は、診療又は運動機能若しくは作業能力に係る検査等を基に、共同して、利用者の病状、心身の状況、希望及び置かれている環境を踏まえて、リハビリテーションの目標、当該目標を達成するための指定介護予防通所リハビリテーションの具体的な内容、提供を行う期間等を記載した介護予防通所リハビリテーション計画(以下この条において「介護予防通所リハビリテーション計画」という。)</p>	<p>(2) 指定介護予防通所リハビリテーションの具体的取扱方針</p> <p>① 予防条例第125条第1項第1号及び第2号は、医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、介護予防通所リハビリテーション計画を作成しなければならないこととしたものである。介護予防通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、主治医若しくは主治の歯科医師からの情報伝達やサービス担当者会議若しくはリハビリテーション会議を通じる等の適切な方法により、利用者の状況を把握・分析し、介護予防通所リハビリテーションの提供によって解決すべき問題状況を明らかにし(アセスメント)、これに基づき、支援の方向性や目標を明確にし、提供するサービスの具体的な内容、所要時間、日程等を明らかにするものとする。なお、介護予防通所リハビリテーション計画の様式については、事業所ごとに定めるもので差し支えない。介護予防通所リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること。</p> <p>② 指定介護予防通所リハビリテーション事業所の医師が、指定介護予防通所リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理</p>

を作成すること。この場合において、既に介護予防サービス計画が作成されているときは、当該介護予防サービス計画の内容に沿って作成すること。

三 医師等の従業者は、介護予防通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、当該介護予防通所リハビリテーション計画の内容について利用者又はその家族に対して説明し、当該利用者の同意を得ること。

四 医師等の従業者は、介護予防通所リハビリテーション計画を作成した際には、当該介護予防通所リハビリテーション計画を利用者に交付すること。

五 指定介護予防通所リハビリテーション事業者が指定介護予防訪問リハビリテーション事業者の指定を併せて受け、かつ、リハビリテーション会議（医師が参加した場合に限る。）の開催等を通じて、利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境に関する情報を構成員と共有し、介護予防訪問リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションの目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーション提供内容について整合性のとれた介護予防通所リハビリテーション計画を作成した場合については、第86条第1項第二号から第四号までに規定する介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を満たすことをもって、第二号から前号までに規定する基準を満たしているものとみなすことができる。

六 介護予防通所リハビリテーション計画に基づき、利用者が日常生活を営むのに必要な支援を行うとともに、利用者又はその家族に対し、リハビリテーションの観点から療養上必要とされる事項について、指導又は説明を行うこと。

七 介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもって指定介護予防通所リハビリテーションの提供を行うこと。

八 医師等の従業者は、介護予防通所リハビリテーション計画に基づく指定介護予防通所リハビリテーションの提供を開始した時から、少なくとも1月に1回、当該介護予防通所リハビリテーション計画に係る利用者の状態、指定介護予防通所リハビリテーションの提供状況等について、介護予防サービス計画を作成した介護予防支援事業者に報告するとともに、当該介護予防通所リハビリテーション計画に記載した指定介護予防通所リハビリテーションの提供を行う期間が終了する時まで、少なくとも1回、当該介護予防通所リハビリテーション計画の実施状況の把握（次号及び第九号において「モニタリング」という。）を行うこと。

九 医師等の従業者は、モニタリングの結果の記録を行い、当該記録を当該指定介護予防通所リハビリテーションの提供に係る介護

学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等の指示を行うこと。

③ リハビリテーション会議の構成員は、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、指定介護予防支援等基準省令第2条に規定する担当職員、介護予防サービス計画の原案に位置付けた指定介護予防サービス等の担当者、看護師、准看護師、介護職員、介護予防・日常生活支援総合事業のサービス担当者及び保健師等とすること。

指定介護予防通所リハビリテーション事業者は、リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、利用者の状況等に関する情報を当該構成員と共有するよう努めること。

なお、リハビリテーション会議は、利用者及びその家族の参加を基本とするものであるが、家庭内暴力等によりその参加が望ましくない場合や、家族が遠方に住んでいる等によりやむを得ず参加できない場合は、必ずしもその参加を求めるものではないこと。

また、リハビリテーション会議の開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由等により、構成員がリハビリテーション会議を欠席した場合は、速やかに当該会議の内容について欠席者との情報共有を図ること。

リハビリテーション会議は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又はその家族（以下この③において「利用者等」という。）が参加する場合にあつては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。なお、テレビ電話装置等の活用に当たっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

④ 介護予防通所リハビリテーション計画は、介護予防サービス計画に沿って作成されなければならないこととしたものであるが、介護予防通所リハビリテーション計画の作成後に介護予防サービス計画が作成された場合は、当該介護予防通所リハビリテーション計画が介護予防サービス計画に沿ったものであるか確認し、必要に応じて変更するものとする。

⑤ 予防条例第125条第1項第三号から第六号までは、サービス提

<p>予防サービス計画を作成した介護予防支援事業者に報告すること。</p> <p>十 医師等の従業者は、モニタリングの結果を踏まえ、必要に応じて介護予防通所リハビリテーション計画の変更を行うこと。</p> <p>2 前項第1号から第9号までの規定は、同項第10号に規定する介護予防通所リハビリテーション計画の変更について準用する。</p>	<p>供に当たっての利用者又はその家族に対する説明について定めたものである。即ち、介護予防通所リハビリテーション計画は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて作成されなければならないものであり、その内容について説明を行った上で利用者の同意を得ることを義務づけることにより、サービス内容等への利用者の意向の反映の機会を保障しようとするものである。医師等の従業者は、介護予防通所リハビリテーション計画の目標や内容等について、利用者又はその家族に、理解しやすい方法で説明を行うとともに、その実施状況や評価についても説明を行うものとする。</p> <p>また介護予防通所リハビリテーション計画を作成した際には、当該リハビリテーション計画書を遅滞なく利用者に交付しなければならないが、当該リハビリテーション計画書は、予防条例第122条第2項の規定に基づき、2年間保存しなければならないこととしている。</p> <p>⑥ 指定介護予防通所リハビリテーション事業者が、指定介護予防訪問リハビリテーション事業者の指定を併せて受け、かつ、リハビリテーション会議の開催等を通じて、指定介護予防通所リハビリテーション及び指定介護予防訪問リハビリテーションの目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーション提供内容について整合性のとれた介護予防通所リハビリテーション計画を作成した場合には、介護予防訪問リハビリテーションの予防条例第86条第1項第二号から第四号までの基準を満たすことによって、介護予防通所リハビリテーションの予防条例第125条第1項第二号から第四号までの基準を満たしているとみなすことができることとしたものであること。</p> <p>当該計画の作成に当たっては、各々の事業の目標を踏まえた上で、共通目標を設定すること。また、その達成に向けて各々の事業の役割を明確にした上で、利用者に対して一連のサービスとして提供できるよう、個々のリハビリテーションの実施主体、目的及び具体的な提供内容等を一つの計画として分かりやすく記載するよう留意すること。</p> <p>⑦ 指定介護予防通所リハビリテーション及び指定介護予防訪問リハビリテーションにおいて整合性のとれた計画に従いリハビリテーションを実施した場合には、予防条例第125条第1項第九号に規定する記録を一括して管理しても差し支えないものであること。</p> <p>⑧ 予防条例第125条第1項第七号は、指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっては、介護技術の進歩に対応した適切なサービスが提供できるよう、常に新しい技術を習得する等、研</p>
---	--

鑽を行うべきものであることとしたものである。

- ⑨ 同条同項第八号から第十号までは、事業者に対して介護予防サービスの提供状況等について介護予防支援事業者に対する報告の義務づけを行うとともに、介護予防通所リハビリテーション計画に定める計画期間終了後の当該計画の実施状況の把握（モニタリング）を義務づけるものである。介護予防支援事業者に対する実施状況等の報告については、サービスが介護予防サービス計画に即して適切に提供されているかどうか、また、当該計画策定時から利用者の状態等が大きく異なることとなっていないか等を確認するために行うものであり、毎月行うこととしている。

また、併せて、事業者は介護予防通所リハビリテーション計画に定める計画期間が終了するまでに1回はモニタリングを行い、利用者の介護予防通所リハビリテーション計画に定める目標の達成状況の把握等を行うこととしており、当該モニタリングの結果により、解決すべき課題の変化が認められる場合等については、担当する介護予防支援事業者等とも相談の上、必要に応じて当該介護予防通所リハビリテーション計画の変更を行うこととしたものである。

- ⑩ 介護予防サービス計画に基づきサービスを提供している指定介護予防通所リハビリテーション事業者については、第4の3の3の(2)の⑤を準用する。この場合において、「介護予防訪問介護計画」とあるのは「介護予防通所リハビリテーション計画」と読み替える。

- ⑪ 指定介護予防通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫などの情報を伝達していること。

【準用】第4の3の3の(2)の⑤

介護予防サービス計画に基づきサービスを提供している指定介護予防通所リハビリテーション事業者については、介護予防通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、利用者の状況を把握・分析し、介護予防通所リハビリテーションの提供によって解決すべき問題状況を明らかにし（アセスメント）、これに基づき、支援の方向性や目標を明確にし、担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が提供するサービスの具体的内容、所要時間、日程等を明らかにするものとする。なお、介護予防通所リハビリテーション計画の様式については、事業所ごとに定めるもので差し支えない。

●介護保険最新情報 vol.454 「平成 27 年度介護報酬改定に関する Q&A」（平成 27 年 4 月 1 日）

リハビリテーション会議

<p>(問 81) リハビリテーション会議への参加は、誰でも良いのか。</p>	<p>(答) 利用者及びその家族を基本としつつ、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス等の担当者その他の関係者が構成員となって実施される必要がある。</p>
<p>(問 82) 介護支援専門員が開催する「サービス担当者会議」に参加し、リハビリテーション会議同等の構成員の参加とリハビリテーション計画に関する検討が行われた場合は、リハビリテーション会議を開催したものと考えてよいのか。</p>	<p>(答) サービス担当者会議からの一連の流れで、リハビリテーション会議と同様の構成員によって、ハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を共有した場合は、リハビリテーション会議を行ったとして差し支えない。</p>
<p>(問 83) リハビリテーション会議に欠席した構成員がいる場合、サービス担当者会議と同様に照会という形をとるのか。</p>	<p>(答) 照会は不要だが、会議に欠席した居宅サービス等の担当者等には、速やかに情報の共有を図ることが必要である。</p>

●介護保険最新情報 vol.471 「平成 27 年度介護報酬改定に関する Q&A (vol.2)」（平成 27 年 4 月 30 日）

リハビリテーション会議

<p>(問 6) 地域ケア会議とリハビリテーション会議が同時期に開催される場合であって、地域ケア会議の検討内容の 1 つが、通所リハビリテーションの利用者に関する今後のリハビリテーションの提供内容についての事項で、当該会議の出席者が当該利用者のリハビリテーション会議の構成員と同様であり、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有した場合、リハビリテーション会議を開催したものと考えてよいのか。</p>	<p>(答) 貴見のとおりである。</p>
---	---------------------------

●介護保険最新情報 vol.948 「令和 3 年度介護報酬改定に関する Q&A (vol.2)」（令和 3 年 3 月 23 日）

リハビリテーション会議

<p>(問 28) 通所リハビリテーションの提供時間中にリハビリテーション会議を開催する場合、当該会議に要する時間は人員基準の算定に含めてよいのか。 また、リハビリテーション会議を事業所以外の場所で開催する場合も人員基準の算定に含めてよいのか。</p>	<p>(答) <ul style="list-style-type: none"> ・ 通所リハビリテーションの提供時間中に事業所内でリハビリテーション会議を開催する場合は、人員基準の算定に含めることができる。 ・ リハビリテーション会議の実施場所が事業所外の場合は、人員基準の算定に含めない。 ・ リハビリテーション提供体制加算に定める理学療法士等の配置についても同様に扱う。 ・ また、利用者のサービス提供時間中にリハビリテーション会議を実施して差し支えない。 </p>
--	--

20 通所リハビリテーション計画の作成

- リハビリテーション計画の作成に当たっては、その内容等を説明した上で利用者の同意を得ること。また当該リハビリテーション計画を利用者に交付すること。

【指導事例】

- 居宅サービス計画や医師の指示の内容をふまえて、計画書を作成していない。
- 利用者の状態変化等に応じた計画の変更がなされていない。
- 利用者又は家族の同意を得ていない／不明確

根拠法令等	
居宅条例 第142条	条例施行要領 第三の七の3
<p>(通所リハビリテーション計画の作成)</p> <p>医師及び理学療法士、作業療法士その他専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる通所リハビリテーション従業者は、診療又は運動機能若しくは作業能力に係る検査等を基に、共同して、利用者の心身の状況、希望及び置かれている環境を踏まえて、リハビリテーションの目標、当該目標を達成するための具体的な指定通所リハビリテーションの内容等を記載した通所リハビリテーション計画（以下この条において「通所リハビリテーション計画」という。）を作成しなければならない。この場合において、既に居宅サービス計画が作成されているときは、当該居宅サービス計画の内容に沿って作成しなければならない。</p> <p>2 通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、当該通所リハビリテーション計画の内容について利用者又はその家族に対して説明し、当該利用者の同意を得なければならない。</p> <p>3 通所リハビリテーション計画を作成した際には、当該通所リハビリテーション計画を利用者に交付しなければならない。</p> <p>4 通所リハビリテーション従業者は、それぞれの利用者について、通所リハビリテーション計画に従った指定通所リハビリテーションの実施状況及びその評価を診療記録に記載しなければならない。</p> <p>5 指定通所リハビリテーション事業者が指定訪問リハビリテーション事業者の指定を併せて受け、かつ、リハビリテーション会議（医師が参加した場合に限る。）の開催等を通じて、利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境に関する情報を構成員と共有し、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションの目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーション提供内容について整合性のとれた通所リハビリテーション計画を作成した場合については、第86条第1項から第3項までに規定する運営に関する基準を満たすことをもって、第1項から第3項までに規</p>	<p>(3) 指定通所リハビリテーションの具体的取扱方針及び通所リハビリテーション計画の作成</p> <p>居宅条例第141条及び第142条に定めるところによるほか、次の点に留意するものとする。</p> <p>① 指定通所リハビリテーションは、指定通所リハビリテーション事業所の医師の診療に基づき、個々の利用者に応じて作成された通所リハビリテーション計画に基づいて行われるものであるが、グループごとにサービス提供が行われることを妨げるものではないこと。</p> <p>② 指定通所リハビリテーション事業所の医師が、指定通所リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等の指示を行うこと。</p> <p>③ 通所リハビリテーション計画は、指定通所リハビリテーション事業所の医師の診療に基づき、医師の診察内容及び運動機能検査等の結果を基に、指定通所リハビリテーションの提供に関わる従業者が共同して個々の利用者ごとに作成するものであること。</p> <p>④ 通所リハビリテーション計画の目標及び内容については、利用者又は家族に説明を行うとともに、その実施状況や評価についても説明を行うこと。</p> <p>⑤ 通所リハビリテーション計画は、居宅サービス計画に沿って作成されなければならないこととしたものである。</p> <p>なお、通所リハビリテーション計画を作成後に居宅サービス計画が作成された場合は、当該通所リハビリテーション計画が居宅サービス計画に沿ったものであるか確認し、必要に応じて変更するものとする。</p>

定する基準を満たしているものとみなすことができる。

⑥ 通所リハビリテーション計画は事業所の医師の診療又は運動機能若しくは作業能力に係る検査等を基に、居宅条例第 142 条第 1 項にいう医師等の従業者が共同して、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて作成されなければならないものであり、サービス内容等への利用者の意向の反映の機会を保障するため、指定通所リハビリテーション事業所の医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、その内容等を説明した上で利用者の同意を得なければならない。また、指定通所リハビリテーション事業所の管理者は、当該通所リハビリテーション計画書を利用者に交付しなければならない。

なお、交付した当該通所リハビリテーション計画は、居宅条例第 144 条第 2 項の規定に基づき、2 年間保存しなければならない。

⑦ 認知症の状態にある要介護者で、他の要介護者と同じグループとして、指定通所リハビリテーションを提供することが困難な場合には、必要に応じグループを分けて対応すること。

⑧ 指定通所リハビリテーションをより効果的に実施するため、介護支援専門員や医療ソーシャルワーカー等の協力を得て実施することが望ましいこと。

⑨ 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫などの情報を伝達していること。

⑩ 主として認知症等の精神障害を有する利用者を対象とした指定通所リハビリテーションにあつては、作業療法士等の従業者により、主として脳血管疾患等に起因する運動障害を有する利用者にあつては、理学療法士等の従業者により効果的に実施されるべきものであること。

⑪ リハビリテーション会議の構成員は、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者、看護師、准看護師、介護職員、介護予防・日常生活支援総合事業のサービス担当者及び保健師等とすること。

指定通所リハビリテーション事業者は、リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、利用者の状況等に関する情報を当該構成員と共有するよう努めること。

なお、リハビリテーション会議は、利用者及びその家族の参加を基本とするものであるが、家庭内暴力等によりその参加が望ま

しくない場合や、家族が遠方に住んでいる等によりやむを得ず参加できない場合は、必ずしもその参加を求めるものではないこと。

また、リハビリテーション会議の開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由等により、構成員がリハビリテーション会議を欠席した場合は、速やかに当該会議の内容について欠席者との情報共有を図ること。

リハビリテーション会議は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又はその家族（以下この⑪において「利用者等」という。）が参加する場合にあつては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。なお、テレビ電話装置等の活用に当たっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

⑫ 指定通所リハビリテーション事業者が、指定訪問リハビリテーション事業者の指定を併せて受け、かつ、リハビリテーション会議の開催等を通じて、指定通所リハビリテーション及び指定訪問リハビリテーションの目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーション提供内容について整合性のとれた通所リハビリテーション計画を作成した場合については、居宅条例第 86 条第 1 項から第 3 項までの基準を満たすことによって、居宅条例第 142 条第 1 項から第 3 項までの基準を満たしているとみなすことができることとしたものであること。

当該計画の作成に当たっては、各々の事業の目標を踏まえた上で、共通目標を設定すること。また、その達成に向けて各々の事業の役割を明確にした上で、利用者に対して一連のサービスとして提供できるよう、個々のリハビリテーションの実施主体、目的及び具体的な提供内容等を 1 つの目標として分かりやすく記載するよう留意すること。

⑬ 通所リハビリテーション及び訪問リハビリテーションにおいて整合性のとれた計画に従いリハビリテーションを実施した場合には、居宅条例第 142 条第 4 項に規定する診療記録を一括して管理しても差し支えないものであること。

⑭ 指定通所リハビリテーションは、事業所内でサービスを提供することが原則であるが、次に掲げる条件を満たす場合においては、事業所の屋外でサービスを提供することができるものであること。

イ あらかじめ通所リハビリテーション計画に位置付けられていること。

	<p>ロ 効果的なりハビリテーションのサービスが提供できること。</p> <p>⑮ 居宅サービス計画に基づきサービスを提供している指定通所リハビリテーション事業者については、第3の1の3の(20)の⑥を準用する。この場合において、「訪問介護計画」とあるのは「通所リハビリテーション計画」と読み替える。</p> <p>【参照】第三の一の3の(20)の⑥</p> <p>(20) 通所リハビリテーション計画の作成</p> <p>⑥ 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）第13条第十二号において、「介護支援専門員は、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等に対して、<u>通所リハビリテーション計画</u>（東京都指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営の基準に関する条例（平成24年東京都条例第111号。以下「指定居宅サービス等基準条例」という。）第28条第1項に規定する<u>通所リハビリテーション計画</u>をいう。）等指定居宅サービス等基準条例において位置付けられている計画の提出を求めること。」と規定していることを踏まえ、居宅サービス計画に基づきサービスを提供している指定<u>通所リハビリテーション事業者</u>は、当該居宅サービス計画を作成している指定居宅介護支援事業者から<u>通所リハビリテーション計画</u>の提供の求めがあった際には、当該<u>通所リハビリテーション計画</u>を提供することに協力するよう努めるものとする。</p>
--	--

<p>●介護保険最新情報 vol.454 「平成27年度介護報酬改定に関するQ&A」（平成27年4月1日）</p>	
<p>リハビリテーション計画</p>	
<p>(問96) 通所リハビリテーション計画に、目的、内容、頻度等を記載することが要件であるが、利用者のサービス内容によっては、恒常的に屋外でのサービス提供時間が屋内でのサービス提供時間を上回ることがあってもよいか。</p>	<p>(答) 通所リハビリテーション計画に基づき、利用者のサービス内容によっては、必要に応じて屋外でのサービス提供時間が屋内でのサービス提供時間を上回ることがあると考えている。</p>

<p>●介護保険最新情報 vol. 948 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.2)」（令和3年3月23日）</p>	
<p>リハビリテーション計画書</p>	
<p>(問22) 報酬告示又は予防報酬告示の留意事項通知において、医療保険から介護保険のリハビリテーションに移行する者の情報提供に当たっては「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和3年3月16日老認発0316第3号、老老発0316第2号）の別紙様式2-2-1を用いることとされている。別紙様式2-2</p>	<p>(答) ・ 医療保険から介護保険のリハビリテーションに移行する者の情報提供に当たっては別紙様式2-2-1を用いる必要があるが、Barthel Index の代替としてFIMを用いる場合に限り変更を認める。 ・ なお、様式の変更に当たっては、本件のように情報提供をする医師と情報提供を受ける医師との間で事前の合意があることが必要である。</p>

<p>－1は BarthelIndex が用いられているが、情報提供をする医師と情報提供を受ける医師との間で合意している場合には、FIM (Functional Independence Measure) を用いて評価してもよいか。</p>	
<p>(問 23)</p> <p>医療保険から介護保険のリハビリテーションに移行する者の情報提供について、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(令和3年3月16日老認発 0316 第3号、老老発 0316 第2号)の別紙様式2-2-1をもって、保険医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所が情報提供を受け、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、別紙様式2-2-1に記載された内容について確認し、リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、例外として、別紙様式2-2-1をリハビリテーション計画書と見なしてリハビリテーションの算定を開始してもよいとされている。</p> <p>1) 医療保険から介護保険のリハビリテーションへ移行する者が、当該保険医療機関を介護保険のリハビリテーション事業所として利用し続ける場合であっても同様の取扱いをしてよいか。また、その場合、保険医療機関側で当該者を診療し、様式2-2-1を記載して情報提供を行った医師と、介護保険のリハビリテーション事業所側で情報提供を受ける医師が同一であれば、情報提供を受けたリハビリテーション事業所の医師の診療を省略して差し支えないか。</p> <p>2) 医療保険から介護保険のリハビリテーションへ移行する者が、保険医療機関から情報提供を受ける介護保険のリハビリテーション事業所において、指定訪問リハビリテーションと指定通所リハビリテーションの両方を受ける場合、リハビリテーション会議の開催等を通じて、利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境に関する情報を構成員と共有し、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションの目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーション提供内容について整合が取れたものとなっていることが確認できれば、別紙様式2-1による情報提供の内容を訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションの共通のリハビリテーション計画とみなして、双方で使用して差し支えないか。</p>	<p>(答)</p> <p>1) よい。また、医師が同一の場合であっても、医師の診療について省略して差し支えない。ただし、その場合には省略した旨を理由とともに記録すること。</p> <p>2) 差し支えない。</p> <p>《参考》</p> <p>・居宅基準第81条第5項、基準解釈通知第3の四の3の(3)⑤から⑦を参照のこと。</p>

算定の基準について	
<p>(問 36)</p> <p>「指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について」(平成 11 年 9 月 17 日老企第 25 号)において、通所リハビリテーションは一定の条件のもと事業所の屋外でのサービスを提供できるものであるとされているが、この条件を満たす場合には公共交通機関の利用や買い物等のリハビリテーションサービスの提供も可能か。</p>	<p>(答)</p> <p>可能。また、事業所の敷地外でサービスを提供する際には、サービス提供場所との往復を含め、常時従事者が付き添い、必要に応じて速やかに当該事業所に連絡、搬送できる体制を確保する等、安全性に十分配慮すること。</p> <p>《参考》</p> <p>「指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について」(平成 11 年 9 月 17 日老企第 25 号)</p> <p>第 7 通所リハビリテーション</p> <p>3 運営に関する基準</p> <p>(1) 指定通所リハビリテーションの具体的取扱方針及び通所リハビリテーション計画の作成居宅基準第 114 条及び第 115 条に定めるところによるほか、次の点に留意するものとする。</p> <p>⑭ 指定通所リハビリテーションは、事業所内でサービスを提供することが原則であるが、次に掲げる条件を満たす場合においては、事業所の屋外でサービスを提供することができるものであること。</p> <p>イ あらかじめ通所リハビリテーション計画に位置付けられていること。</p> <p>ロ 効果的なリハビリテーションのサービスが提供できること。</p>

2.1 (介護予防) 指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たって留意すべき事項

根拠法令等	
(介護予防) 予防条例 第 126 条	
<p>(指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たって留意すべき事項)</p> <p>指定介護予防通所リハビリテーション事業者は、介護予防の効果を最大限に高める観点から、介護予防支援におけるアセスメント(指定介護予防支援等基準省令第 30 条第 7 号に規定するアセスメントをいう。)において把握された課題、指定介護予防通所リハビリテーションの提供による当該課題に係る改善状況等を踏まえ、効率的かつ柔軟なサービスの提供に努めるとともに、運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスの提供に当たっては、介護予防の観点から有効性が確認されていること等の適切なものを提供しなければならない。</p>	

<p>2 指定介護予防通所リハビリテーション事業者は、指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっては、利用者が高齢者であることに十分に配慮し、利用者に危険を生じさせるような強い負荷を伴う指定介護予防通所リハビリテーションの提供は行わないようにするとともに、次条に規定する安全管理体制等の確保を図ること等により、利用者の安全面に最大限配慮しなければならない。</p>	
---	--

2 2 (介護予防) 安全管理体制等の確保

根拠法令等	
<p>(介護予防) 予防条例 第127条</p>	
<p>(安全管理体制等の確保)</p> <p>指定介護予防通所リハビリテーション事業者は、指定介護予防通所リハビリテーションの提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合に備え、緊急時における手引等を作成し、その事業所における従業者に周知徹底を図るとともに、速やかな主治の医師への連絡が可能となるよう、緊急時の連絡方法をあらかじめ定めなければならない。</p> <p>2 指定介護予防通所リハビリテーション事業者は、指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっては、転倒等を防止するための環境整備に努めるとともに、事前に脈拍、血圧等を測定する等利用者の当日の体調を確認し、当該利用者に過度な負担とならないよう努めなければならない。</p> <p>3 指定介護予防通所リハビリテーション事業者は、指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっては、利用者の体調の変化に常に留意し、病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じなければならない。</p>	

2 3 利用者に関する区市町村への通知

根拠法令等	
<p>居宅条例 第145条 (第30条を準用)</p>	<p>条例施行要領 第三の七の3(6) (第三の一の3(21)を参照)</p>
<p>(利用者に関する区市町村への通知)</p> <p>指定通所リハビリテーション事業者は、利用者が正当な理由なく、指定通所リハビリテーションの利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態の程度を増進させたと認められる場合又は偽りそ</p>	<p>(21) 利用者に関する特別区及び市町村への通知</p> <p>居宅条例第30条は、偽りその他不正な行為によって保険給付を受けた者及び自己の故意の犯罪行為又は重大な過失等により、要介護状態又はその原因となった事故を生じさせるなどした者について</p>

<p>の他不正の行為によって保険給付を受け、若しくは受けようとした場合は、遅滞なく、意見を付してその旨を区市町村に通知しなければならない。</p>	<p>は、特別区及び市町村が、法第 22 条第 1 項に基づく既に支払った保険給付の徴収又は法第 64 条に基づく保険給付の制限を行うことができることに鑑み、指定通所リハビリテーション事業者が、その利用者に関し、保険給付の適正化の観点から特別区及び市町村に通知しなければならない事由を列記したものである。</p>
<p>(介護予防) 予防条例 第 1 2 3 条 (準用第 5 3 条の 3) (略)</p>	<p>(介護予防) 条例施行要領 第四の一 (略)</p>

2 4 緊急時等の対応

根拠法令等	
<p>居宅条例 第 1 4 5 条 (第 3 1 条を準用)</p>	<p>条例施行要領 第三の七の 3(6) (第三の一の 3 (22) を参照)</p>
<p>(緊急時等の対応)</p> <p>通所リハビリテーション事業者は、現に指定通所リハビリテーションの提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じなければならない。</p>	<p>(22) 緊急時等の対応</p> <p>居宅条例第 31 条は、通所リハビリテーション事業者が現に指定通所リハビリテーションの提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、運営規程に定められた緊急時の対応方法に基づき速やかに主治の医師 (以下「主治医」という。) への連絡を行う等の必要な措置を講じなければならないこととしたものである。</p>
<p>(介護予防) 予防条例 第 1 2 0 条の 4 (略)</p>	<p>(介護予防) 条例施行要領 第四の一 (略)</p>

2 5 定員の遵守

根拠法令等	
<p>居宅条例 第 1 4 5 条 (第 1 0 8 条を準用)</p>	
<p>(定員の遵守)</p> <p>指定通所リハビリテーション事業者は、利用定員を超えて指定通所リハビリテーションの提供を行ってはならない。ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。</p>	
<p>(介護予防) 「予防条例」第 1 2 0 条の 5 (略)</p>	

2 6 非常災害対策

- ・ 非常災害に関する具体的な計画を策定し、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備すること。
 - ・ 定期的に避難、救出等の訓練を行うこと。
- 【指導事例】
- ・ 消防計画に定めた消防訓練を実施していない。

根拠法令等

居宅条例 第145条（第110条を準用）	条例施行要領 第三の七の3(6)（第三の六の3(7)を参照）
<p>(非常災害対策)</p> <p>指定通所リハビリテーション事業者は、非常災害に関する具体的な計画を策定し、また、非常災害時の関係機関への通報及び連携の体制を整備し、定期的に、これらを従業者に周知するとともに、避難訓練、救出訓練その他必要な訓練を行わなければならない。</p> <p>2 指定通所リハビリテーション事業者は、前項に規定する訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう地域住民等との連携に努めなければならない。</p>	<p>(7) 非常災害対策</p> <p>① 居宅条例第110条は、指定通所リハビリテーション事業者は、非常災害に際して必要な具体的な計画の策定、関係機関への通報及び連携体制の整備、避難、救出訓練の実施等の対策の万全を期さなければならないこととしたものである。関係機関への通報及び連携体制の整備とは、火災等の災害時に、地域の消防機関へ速やかに通報する体制をとるよう従業者に周知徹底するとともに、日頃から消防団や地域住民との連携を図り、火災等の際に消火・避難等に協力してもらえるような体制作りを求めることとしたものである。なお「非常災害に関する具体的な計画」とは、消防法施行規則第3条に規定する消防計画（これに準ずる計画を含む。）及び風水害、地震等の災害に対処するための計画をいう。この場合、消防計画の策定及びこれに基づく消防業務の実施は、消防法第8条の規定により防火管理者を置くこととされている指定通所リハビリテーション事業所にあつてはその者に行わせるものとする。また、防火管理者を置かなくてもよいこととされている指定通所リハビリテーション事業所においても、防火管理について責任者を定め、その者に消防計画に準ずる計画の樹立等の業務を行わせるものとする。</p> <p>② 同条第2項は、指定通所リハビリテーション事業者が前項に規定する避難、救出その他の訓練の実施に当たって、できるだけ地域住民の参加が得られるよう努めることとしたものであり、そのためには、日頃から地域住民との密接な連携体制を確保するなど、訓練の実施に協力を得られる体制づくりに努めることが必要である。訓練の実施に当たっては、消防関係者の参加を促し、具体的な指示を仰ぐなど、より実効性のあるものとする。</p>
<p>(介護予防) 予防条例 第121条の2（略）</p>	<p>(介護予防) 条例施行要領 第四の一（略）</p>

27 衛生管理等

根拠法令等	
居宅条例 第143条	条例施行要領 第三の七の3(4)
<p>(衛生管理等)</p> <p>指定通所リハビリテーション事業者は、利用者の使用する施設、食器その他の設備及び飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、衛生上必要な措置を講じるとともに、医薬品及び医療機器の管理を適正に行わなければならない。</p> <p>2 指定通所リハビリテーション事業者は、指定通所リハビリテ-</p>	<p>(4) 衛生管理等</p> <p>① 居宅条例第143条第1項は、指定通所リハビリテーション事業所の必要最低限の衛生管理等を規定したものであるが、このほか、次の点に留意するものとする。</p> <p>イ 指定通所リハビリテーション事業者は、食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の</p>

ション事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、規則で定める措置を講じなければならない。

居宅規則

(衛生管理当)

第29条の2 条例第143条第2項に規定する規則で定める措置は、次に掲げるとおりとする。

一 感染症の予防及びまん延の防止に係る対策を検討するための感染症対策委員会その他の委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、通所リハビリテーション従業者に十分に周知すること。

二 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。

三 通所リハビリテーション従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に実施すること。

2 前項第1号の委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。

助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携を保つこと。

ロ 特にインフルエンザ対策、腸管出血性大腸菌感染症対策、レジオネラ症対策等については、その発生及びまん延を防止するための措置について、別途通知等が発出されているので、これに基づき、適切な措置を講じること。

ハ 医薬品の管理については、当該指定通所リハビリテーション事業所の実情に応じ、地域の薬局の薬剤師の協力を得て行うことも考えられること。

ニ 空調設備等により施設内の適温の確保に努めること。

② 居宅基準第143条第2項の規定については、通所介護と同様であるので、第三の六の3の(6)の②を参照されたい。

【参照】第三の六の3の(6)の②

② 同条第2項に規定する感染症が発生し、又はまん延しないように講ずべき措置については、具体的には次のイからハまでの取扱いとする。各事項について、同項に基づき事業所に実施が求められるものであるが、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。なお、当該義務付けの適用に当たっては、令和3年改正条例附則第四項において、三年間の経過措置を設けており、令和6年3月31日までの間は、努力義務とされている。

イ 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会当該事業所における感染対策委員会であり、感染対策の知識を有する者を含む、幅広い職種により構成することが望ましく、特に、感染症対策の知識を有する者については外部の者も含め積極的に参画を得ることが望ましい。構成メンバーの責任及び役割分担を明確にするとともに、感染対策担当者を決めておくことが必要である。感染対策委員会は、利用者の状況など事業所の状況に応じ、おおむね六月に一回以上、定期的に開催するとともに、感染症が流行する時期等を勘案して必要に応じ随時開催する必要がある。

感染対策委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

なお、感染対策委員会は、他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。また、事業所に実施が求められるものであるが、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。

	<p>ロ 感染症の予防及びまん延の防止のための指針</p> <p>当該事業所における「感染症の予防及びまん延の防止のための指針」には、平常時の対策及び発生時の対応を規定する。</p> <p>平常時の対策としては、事業所内の衛生管理（環境の整備等）、ケアにかかる感染対策（手洗い、標準的な予防策）等、発生時の対応としては、発生状況の把握、感染拡大の防止、医療機関や保健所、市町村における事業所関係課等の関係機関との連携、行政等への報告等が想定される。また、発生時における事業所内の連絡体制や上記の関係機関への連絡体制を整備し、明記しておくことも必要である。</p> <p>なお、それぞれの項目の記載内容の例については、「介護現場における感染対策の手引き」を参照されたい。</p> <p>ハ 感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練 通所介護従業者に対する「感染症の予防及びまん延の防止のための研修」の内容は、感染対策の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該事業所における指針に基づいた衛生管理の徹底や衛生的なケアの励行を行うものとする。</p> <p>職員教育を組織的に浸透させていくためには、当該事業所が定期的な教育（年1回以上）を開催するとともに、新規採用時には感染対策研修を実施することが望ましい。また、研修の実施内容についても記録することが必要である。</p> <p>なお、研修の実施は、厚生労働省「介護施設・事業所の職員向け感染症対策力向上のための研修教材」等を活用するなど、事業所内で行うものでも差し支えなく、当該事業所の実態に応じ行うこと。また、平時から、実際に感染症が発生した場合を想定し、発生時の対応について、訓練（シミュレーション）を定期的（年1回以上）に行うことが必要である。訓練においては、感染症発生時において迅速に行動できるよう、発生時の対応を定めた指針及び研修内容に基づき、事業所内の役割分担の確認や、感染対策をした上でのケアの演習などを実施するものとする。</p> <p>訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切である。</p>
(介護予防) 予防条例 第121条(略)・予防規則 第25条の3(略)	(介護予防) 条例施行要領 第四の一(略)

28 掲示

【指導事例】

- 重要事項説明書等の掲示等が行われていない。

根拠法令等	
居宅条例 第145条 (第33条を準用)	条例施行要領 第三の七の3(6) (第三の一の3(24)を参照)
<p>(掲示)</p> <p>指定通所リハビリテーション事業者は、指定通所リハビリテーション事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、通所リハビリテーション従業者の勤務体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を掲示しなければならない。</p> <p>2 指定通所リハビリテーション事業者は、前項に規定する事項を記載した書面を指定通所リハビリテーション事業所に備え付け、かつ、これを関係者に自由に閲覧させることにより、同項の規定による掲示に代えることができる。</p>	<p>(24) 掲示</p> <p>① 居宅条例第33条第1項は、指定通所リハビリテーション事業者は、運営規程の概要、通所リハビリテーション従業者の勤務の体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制、提供するサービスの第三者評価の実施状況（実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況）等の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を指定通所リハビリテーション事業所の見やすい場所に掲示することを規定したものであるが、次に掲げる点に留意する必要がある。</p> <p>イ 事業所の見やすい場所とは、重要事項を伝えるべき介護サービスの利用申込者、利用者又はその家族に対して見やすい場所のことであること。</p> <p>ロ 通所リハビリテーション従業者の勤務の体制については、職種ごと、常勤・非常勤ごと等の人数を掲示する趣旨であり、通所リハビリテーション従業者の氏名まで掲示することを求めるものではないこと。</p> <p>② 同条第2項は、重要事項を記載したファイル等を介護サービスの利用申込者、利用者又はその家族等が自由に閲覧可能な形で当該指定通所リハビリテーション事業所内に備え付けることで同条第1項の掲示に代えることができることを規定したものである。</p>
(介護予防) 予防条例 第123条 (準用第54条の3) (略)	

29 秘密保持等

- ・ 従業者及び従業者であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないように、必要な措置を講じること。
- ・ 従業者でなくなった後も秘密を保持すべきことを、雇用時などに取り決めておくこと。
- ・ サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ること。

【指導事例】

- ・ 従業者の守秘義務についての取り決めが徹底されていない。
- ・ 従業者であった者の守秘義務についての取り決めが徹底されていない。
- ・ 利用者及び利用者家族の個人情報を用いる場合、事前に文書による同意を得ていない。
- ・ 利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は家族の同意をそれぞれ文書により得なければならないが、利用者の家族の同意を得ていない。

根拠法令等	
居宅条例 第145条 (第34条を準用)	条例施行要領 第三の七の3(6) (第三の一の3(25)を参照)

<p>(秘密保持等)</p> <p>指定通所リハビリテーション事業所の従業者は、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。</p> <p>2 指定通所リハビリテーション事業者は、従業者であった者が、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないように、必要な措置を講じなければならない。</p> <p>3 指定通所リハビリテーション事業者は、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合にあっては当該利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合にあっては当該家族の同意を、あらかじめ文書により得なければならない。</p>	<p>(25) 秘密保持等</p> <p>① 居宅条例第 34 条第 1 項は、指定通所リハビリテーション事業所の通所リハビリテーション従業者その他の従業者に、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密の保持を義務づけたものである。</p> <p>② 同条第 2 項は、指定通所リハビリテーション事業者に対して、過去に当該指定通所リハビリテーション事業所の通所リハビリテーション従業者その他の従業者であった者が、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないように必要な措置を取ることを義務づけたものであり、具体的には、指定通所リハビリテーション事業者は、当該指定通所リハビリテーション事業所の通所リハビリテーション従業者その他の従業者が、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用時等に取り決め、例えば違約金についての定めをおくなどの措置を講ずべきこととするものである。</p> <p>③ 同条第 3 項は、通所リハビリテーション従業者がサービス担当者会議等において、課題分析情報等を通じて利用者の有する問題点や解決すべき課題等の個人情報を、介護支援専門員や他のサービスの担当者と共有するためには、指定通所リハビリテーション事業者は、あらかじめ、文書により利用者又はその家族から同意を得る必要があることを規定したものであるが、この同意は、サービス提供開始時に利用者及びその家族から包括的な同意を得ておくことで足りるものである。</p>
<p>(介護予防) 予防条例 第 1 2 3 条 (準用第 5 4 条の 4) (略)</p>	<p>(介護予防) 条例施行要領 第四の一 (略)</p>

3 0 居宅介護支援事業者等に対する利益供与の禁止

根拠法令等	
<p>居宅条例 第 1 4 5 条 (第 3 6 条を準用)</p>	<p>条例施行要領 第三の七の 3(6) (第三の一の 3 (27)を参照)</p>
<p>(居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止)</p> <p>指定通所リハビリテーション事業者は、居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、利用者に特定の事業者によるサービスを利用させることの対償として、金品その他の財産上の利益を供与してはならない。</p>	<p>(27) 居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止</p> <p>居宅条例第 36 条は、居宅介護支援の公正中立性を確保するために、指定通所リハビリテーション事業者は、居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、利用者に対して特定の事業者によるサービスを利用させることの対償として、金品その他の財産上の利益を供与してはならないこととしたものである。</p>
<p>(介護予防) 予防条例 第 1 2 3 条 (準用第 5 4 条の 6) (略)</p>	<p>(介護予防) 条例施行要領 第四の一 (略)</p>

3 1 苦情処理

- ・ 苦情の相談窓口について、重要事項説明書に記載すること。

【指導事例】

- ・ 苦情の相談窓口として、以下のいずれかの記載が不足している。
 - ① 事業所の相談窓口
 - ② 通常の事業の実施地域内の全ての保険者の相談窓口
 - ③ 東京都国民健康保険団体連合会の相談窓口

根拠法令等	
居宅条例 第145条（第37条を準用）	条例施行要領 第三の七の3(6)（第三の一の3(28)を参照）
<p>(苦情処理)</p> <p>指定通所リハビリテーション事業者は、利用者及びその家族からの指定通所リハビリテーションに関する苦情に迅速かつ適切に対応するために、窓口の設置その他の必要な措置を講じなければならない。</p> <p>2 指定通所リハビリテーション事業者は、前項の苦情を受け付けた場合は、当該苦情の内容等を記録しなければならない。</p> <p>3 指定通所リハビリテーション事業者は、提供した指定通所リハビリテーションに関し、法第23条の規定による区市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該区市町村の職員が行う質問若しくは照会に応じるとともに、利用者からの苦情に関して区市町村が行う調査に協力し、当該区市町村から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。この場合において、当該区市町村からの求めがあったときは、当該改善の内容を報告しなければならない。</p> <p>4 指定通所リハビリテーション事業者は、提供した指定通所リハビリテーションに関する利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会（国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第45条第5項に規定する国民健康保険団体連合会をいう。以下同じ。）が行う法第176条第1項第3号の規定による調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から同号の規定による指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。この場合において、当該国民健康保険団体連合会からの求めがあったときは、当該改善の内容を報告しなければならない。</p>	<p>(28) 苦情処理</p> <p>① 居宅条例第37条第1項にいう「必要な措置」とは、具体的には、相談窓口、苦情処理の体制及び手順等当該事業所における苦情を処理するために講ずる措置の概要について明らかにし、利用申込者又はその家族にサービスの内容を説明する文書に苦情に対する措置の概要についても併せて記載するとともに、事業所に掲示すること等である。</p> <p>② 同条第2項は、利用者及びその家族からの苦情に対し、指定通所リハビリテーション事業者が組織として迅速かつ適切に対応するため、当該苦情（指定通所リハビリテーション事業者が提供したサービスとは関係のないものを除く。）の受付日、その内容等を記録することを義務づけたものである。</p> <p>また、指定通所リハビリテーション事業者は、苦情がサービスの質の向上を図る上での重要な情報であるとの認識に立ち、苦情の内容を踏まえ、サービスの質の向上に向けた取組を自ら行うべきである。</p> <p>なお、居宅条例第144条第2項の規定に基づき、苦情の内容等の記録は、2年間保存しなければならない。</p> <p>③ 居宅条例第37条第3項は、法上、苦情処理に関する業務を行うことが位置付けられている国民健康保険団体連合会のみならず、住民に最も身近な行政庁であり、かつ、保険者である特別区及び市町村が、サービスに関する苦情に対応する必要が生ずることから、特別区及び市町村についても国民健康保険団体連合会と同様に、指定通所リハビリテーション事業者に対する苦情に関する調査や指導、助言を行えることを運営基準上、明確にしたものである。</p>
(介護予防) 予防条例 第123条（準用第54条の7）（略）	(介護予防) 条例施行要領 第四の一（略）

3 2 地域との連携等

根拠法令等	
居宅条例 第 1 4 5 条 (第 3 8 条を準用)	条例施行要領 第三の七の 3(6) (第三の一の 3 (29)を参照)
<p>(地域との連携等)</p> <p>指定通所リハビリテーション事業者は、指定通所リハビリテーションの事業の運営に当たっては、区市町村が実施する社会福祉に関する事業に協力するよう努めなければならない。</p>	<p>(29) 地域との連携</p> <p>① 居宅条例第 38 条第 1 項は、居宅条例第 3 条第 2 項の趣旨に基づき、介護サービス相談員を派遣する事業を積極的に受け入れる等、特別区及び市町村との密接な連携に努めることを規定したものである。</p> <p>なお、「特別区及び市町村が実施する事業」には、介護サービス相談員派遣事業のほか、広く特別区及び市町村が老人クラブ、婦人会その他の非営利団体や住民の協力を得て行う事業が含まれるものである。</p> <p>② 同条第二項は、高齢者向け集合住宅等と同一の建物に所在する指定通所リハビリテーション事業所が当該高齢者向け集合住宅等に居住する要介護者に指定通所リハビリテーションを提供する場合、当該高齢者向け集合住宅等に居住する要介護者のみを対象としたサービス提供が行われないう、第 13 条の正当な理由がある場合を除き、地域包括ケア推進の観点から地域の要介護者にもサービス提供を行うよう努めなければならないことを定めたものである。なお、こうした趣旨を踏まえ、地域の実情に応じて、都道府県が条例等を定める場合や、市町村等の意見を踏まえて指定の際に条件を付す場合において、例えば、当該事業所の利用者のうち、一定割合以上を当該集合住宅以外の利用者とするよう努める、あるいはしなければならない等の規定を設けることは差し支えないものである。この際、自立支援や重度化防止等につながるようなサービス提供がなされているか等、サービスの質が担保されているかが重要であることに留意すること。</p>
(介護予防) 予防条例 第 1 2 3 条 (準用第 5 4 条の 8) (略)	(介護予防) 条例施行要領 第四の一 (略)

3 3 事故発生時の対応

- 事故が発生した場合には、速やかに保険者等に連絡を行うこと。

根拠法令等	
居宅条例 第 1 4 5 条 (第 3 9 条を準用)	条例施行要領 第三の七の 3(6) (第三の一の 3 (30)を参照)
<p>(事故発生時の対応)</p> <p>指定通所リハビリテーション事業者は、利用者に対する指定通所リハビリテーションの提供により事故が発生した場合は、速やかに</p>	<p>(30) 事故発生時の対応</p> <p>居宅条例第 39 条は、利用者が安心して指定通所リハビリテーションの提供を受けられるよう、事故発生時の速やかな対応を規定した</p>

<p>区市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、当該事故の状況及び処置についての記録その他必要な措置を講じなければならない。</p> <p>2 <u>指定通所リハビリテーション事業者</u>は、利用者に対する指定通所リハビリテーションの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行わなければならない。</p>	<p>ものである。<u>指定通所リハビリテーション事業者</u>は、利用者に対する<u>指定通所リハビリテーション</u>の提供により事故が発生した場合は、特別区及び市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に対して連絡を行う等の必要な措置を講じるべきこととするとともに、当該事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しなければならないこととしたものである。</p> <p>また、利用者に対する<u>指定通所リハビリテーション</u>の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならないこととしたものである。</p> <p>なお、居宅条例第 144 条第 2 項の規定に基づき、事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録は、2 年間保存しなければならない。</p> <p>このほか、以下の点に留意するものとする。</p> <p>① 利用者に対する<u>指定通所リハビリテーション</u>の提供により事故が発生した場合の対応方法については、あらかじめ<u>指定通所リハビリテーション事業者</u>が定めておくことが望ましいこと。</p> <p>② <u>指定通所リハビリテーション事業者</u>は、賠償すべき事態において速やかに賠償を行うため、損害賠償保険に加入しておくか、又は賠償資力を有することが望ましいこと。</p> <p>③ <u>指定通所リハビリテーション事業者</u>は、事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じること。</p>
<p>(介護予防) 予防条例 第 1 2 3 条 (準用第 5 4 条の 9) (略)</p>	<p>(介護予防) 条例施行要領 第四の一 (略)</p>

3 4 虐待の防止

- 虐待の発生及び再発を防止するため、以下に定める措置を講じなければならない。
(努力義務：令和 6 年 3 月 31 日まで)
- ① 虐待の防止に係る対策を検討するための委員会を定期的開催するとともに、その結果について、看護師等に十分に周知すること。
- ② 虐待の防止のための指針を整備すること。
- ③ 看護師等に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること。
- ④ ①から③に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

根拠法令等	
<p>居宅条例 第 1 4 5 条 (第 3 9 条の 2 を準用)</p>	<p>条例施行要領 第三の七の 3(6) (第三の一の 3(31)を参照)</p>
<p>(虐待の防止)</p> <p><u>指定通所リハビリテーション事業者</u>は、虐待の発生及び再発を防止するため、規則で定める措置を講じなければならない。</p>	<p>(31) 虐待の防止</p> <p>居宅条例第 39 条の 2 は、虐待の防止に関する事項について規定したものである。虐待は、介護保険法の目的の一つである高齢者の尊厳の保持や、高齢者の人格の尊重に深刻な影響を及ぼす可能性が極</p>

居宅規則

第30条（第4条の3準用）

（虐待の防止）

第4条の3 条例第39条の2に規定する規則で定める措置は、次に掲げるとおりとする。

一 虐待の防止に係る対策を検討するための委員会を定期的開催するとともに、その結果について、通所リハビリテーション従業者に十分に周知すること。

二 虐待の防止のための指針を整備すること。

三 通所リハビリテーション従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること。

四 前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

2 前項第一号の委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。

めて高く、指定通所リハビリテーション事業者は虐待の防止のために必要な措置を講じなければならない。虐待を未然に防止するための対策及び発生した場合の対応等については、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（平成17年法律第124号。以下「高齢者虐待防止法」という。）に規定されているところであり、その実効性を高め、利用者の尊厳の保持・人格の尊重が達成されるよう、次に掲げる観点から虐待の防止に関する措置を講じるものとする。

・ 虐待の未然防止

指定通所リハビリテーション事業者は高齢者の尊厳保持・人格尊重に対する配慮を常に心がけながらサービス提供にあたる必要があり、第3条の一般原則に位置付けられているとおり、研修等を通じて、従業者にそれらに関する理解を促す必要がある。同様に、従業者が高齢者虐待防止法等に規定する養介護事業の従業者としての責務・適切な対応等を正しく理解していることも重要である。

・ 虐待等の早期発見

指定通所リハビリテーション事業所の従業者は、虐待等又はセルフ・ネグレクト等の虐待に準ずる事案を発見しやすい立場にあることから、これらを早期に発見できるよう、必要な措置（虐待等に対する相談体制、市町村の通報窓口の周知等）がとられていることが望ましい。また、利用者及びその家族からの虐待等に係る相談、利用者から市町村への虐待の届出について、適切な対応をすること。

・ 虐待等への迅速かつ適切な対応

虐待が発生した場合には、速やかに市町村の窓口へ通報される必要があり、指定通所リハビリテーション事業者は当該通報の手続が迅速かつ適切に行われ、市町村等が行う虐待等に対する調査等に協力するよう努めることとする。

以上の観点を踏まえ、虐待等の防止・早期発見に加え、虐待等が発生した場合はその再発を確実に防止するために次に掲げる事項を実施するものとする。

なお、当該義務付けの適用に当たっては、令和3年改正条例附則第2項において、3年間の経過措置を設けており、令和6年3月31日までの間は、努力義務とされている。

① 虐待の防止のための対策を検討する委員会（第一号）

「虐待の防止のための対策を検討する委員会」（以下「虐待防止検討委員会」という。）は、虐待等の発生の防止・早期発見に加え、虐待等が発生した場合はその再発を確実に防止するための対策を検討する委員会であり、管理者を含む幅広い職種で構成す

る。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、定期的に開催することが必要である。また、虐待防止の専門家を委員として積極的に活用することが望ましい。

一方、虐待等の事案については、虐待等に係る諸般の事情が、複雑かつ機微なものであることが想定されるため、その性質上、一概に従業者に共有されるべき情報であるとは限られず、個別の状況に応じて慎重に対応することが重要である。

なお、虐待防止検討委員会は、他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。また、事業所に実施が求められるものであるが、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。

また、虐待防止検討委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

虐待防止検討委員会は、具体的には、次のような事項について検討することとする。その際、そこで得た結果（事業所における虐待に対する体制、虐待等の再発防止策等）は、従業者に周知徹底を図る必要がある。

- イ 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関すること
- ロ 虐待の防止のための指針の整備に関すること
- ハ 虐待の防止のための職員研修の内容に関すること
- ニ 虐待等について、従業員が相談・報告できる体制整備に関すること
- ホ 従業員が高齢者虐待を把握した場合に、市町村への通報が迅速かつ適切に行われるための方法に関すること
- ヘ 虐待等が発生した場合、その発生原因等の分析から得られる再発の確実な防止策に関すること
- ト 前号の再発の防止策を講じた際に、その効果についての評価に関すること

② 虐待の防止のための指針（第二号）

指定通所リハビリテーション事業者が整備する「虐待の防止のための指針」には、次のような項目を盛り込むこととする。

- イ 事業所における虐待の防止に関する基本的考え方
- ロ 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関する事項
- ハ 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針
- ニ 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針
- ホ 虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項
- ヘ 成年後見制度の利用支援に関する事項

	<p>ト 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項</p> <p>チ 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する事項</p> <p>リ その他虐待の防止の推進のために必要な事項</p> <p>③ 虐待の防止のための従業者に対する研修（第三号）</p> <p>従業者に対する虐待の防止のための研修の内容としては、虐待等の防止に関する基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するものであるとともに、当該指定通所リハビリテーション事業所における指針に基づき、虐待の防止の徹底を行うものとする。</p> <p>職員教育を組織的に徹底させていくためには、当該指定通所リハビリテーション事業者が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な研修（年1回以上）を実施するとともに、新規採用時には必ず虐待の防止のための研修を実施することが重要である。</p> <p>また、研修の実施内容についても記録することが必要である。研修の実施は、事業所内職員研修での研修で差し支えない。</p> <p>④ 前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者（第四号）</p> <p>指定通所リハビリテーション事業所における虐待を防止するための体制として、①から③までに掲げる措置を適切に実施するため、専任の担当者を置くことが必要である。当該担当者としては、虐待防止検討委員会の責任者と同一の従業者が務めることが望ましい。</p>
<p>（介護予防）予防条例 第123条（準用第54条の9第2項）（略）</p> <p>予防規則 第26条（準用第9条の3）（略）</p>	<p>（介護予防）条例施行要領 第四の一（略）</p>

<p>●介護保険最新情報 vol. 952 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（vol.3）」（令和3年3月26日）</p>	
<p>【全サービス共通】</p>	
<p>（問1）</p> <p>居宅療養管理指導や居宅介護支援などの小規模な事業者では、実質的に従業者が1名だけということがあり得る。このような事業所でも虐待防止委員会の開催や研修を定期的に行なう必要があるのか。</p>	<p>（答）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 虐待はあってはならないことであり、高齢者の尊厳を守るため、関係機関との連携を密にして、規模の大小に関わりなく虐待防止委員会及び研修を定期的実施していただきたい。小規模事業所においては他者・他機関によるチェック機能が得られにくい環境にあることが考えられることから、積極的に外部機関等を活用されたい。 ・ 例えば、小規模事業所における虐待防止委員会の開催にあたっては、法人内の複数事業所による合同開催、感染症対策委員会等他委員会との合同開催、関係機関等の協力を得て開催することが考えられる。 ・ 研修の定期的実施にあたっては、虐待防止委員会同様な法人内の複数事業所や他委員会との合同開催、都道府県や市町村等が実施する研修会への参加、複数の小規模事業所による

外部講師を活用した合同開催等が考えられる。

35 会計の区分

根拠法令等	
<p>居宅条例 第145条（第40条を準用）</p> <p>（会計の区分）</p> <p>指定通所リハビリテーション事業者は、各指定通所リハビリテーション事業所において経理を区分するとともに、指定通所リハビリテーションの事業の会計とその他の事業の会計とを区分しなければならない。</p>	<p>条例施行要領 第三の七の3(6)（第三の一の3(32)を参照）</p> <p>(32) 会計の区分</p> <p>居宅条例第40条は、指定通所リハビリテーション事業者は、指定通所リハビリテーション事業所ごとに経理を区分するとともに、指定通所リハビリテーションの事業の会計とその他の事業の会計を区分しなければならないこととしたものであるが、具体的な会計処理の方法等については、別に通知するところによるものであること。</p> <p>【参考通知】介護保険の給付対象事業における会計の区分について（平成13年3月28日 老振発第18号）</p>
<p>（介護予防）予防条例 第123条（準用第54条の10）（略）</p>	<p>（介護予防）条例施行要領 第四の一（略）</p>

36 記録の整備

根拠法令等	
<p>居宅条例 第144条</p> <p>（記録の整備）</p> <p>指定通所リハビリテーション事業者は、従業者、設備、備品及び会計に関する記録を整備しなければならない。</p> <p>2 指定通所リハビリテーション事業者は、利用者に対する指定通所リハビリテーションの提供に関する次に掲げる記録を整備し、当該利用者の契約終了の日から2年間保存しなければならない。</p> <p>一 通所リハビリテーション計画</p> <p>二 次条において準用する第23条第2項に規定する提供したサービスの具体的な内容等の記録</p> <p>三 次条において準用する第30条に規定する区市町村への通知に係る記録</p> <p>四 次条において準用する第37条第2項に規定する苦情の内容等の記録</p> <p>五 次条において準用する第39条第1項に規定する事故の状況及び処置についての記録</p>	<p>条例施行要領 第三の七の3(5)</p> <p>(5) 記録の整備</p> <p>居宅条例第144条第2項は、指定通所リハビリテーション事業者が同項各号に規定する記録を整備し、二年間保存しなければならないこととしたものである。</p> <p>なお、「その完結の日」とは、個々の利用者につき、契約終了（契約の解約・解除、他の施設への入所、利用者の死亡、利用者の自立等）により一連のサービス提供が終了した日を指すものとする。</p> <p>また、同項居宅条例第144条第2項の指定通所リハビリテーションの提供に関する記録には診療記録が含まれるものであること。</p>
<p>（介護予防）予防条例 第122条（略）</p>	<p>（介護予防）条例施行要領 第四の一（略）</p>

指定基準の記録の整備の規定について

<p>(問2)</p> <p>指定基準の記録の整備の規定における「その完結の日」の解釈が示されたが、指定権者が独自に規定を定めている場合の取扱い如何。</p>	<p>(答)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 指定権者においては、原則、今回お示しした解釈に基づいて規定を定めていただきたい。 ・ なお、指定権者が独自に規定を定めている場合は、当該規定に従っていれば、指定基準違反になるものではない。
---	--

37 電磁的記録等

根拠法令等	
居宅条例 第276条	条例施行要領 第五の一
<p>(電磁的記録等)</p> <p>指定居宅サービス事業者及び指定居宅サービスの提供に当たる者は、作成、保存その他これらに類するものうち、この条例において書面（書面、書類、文書、謄本、抄本、正本、副本、複本その他文字、図形等人の知覚によって認識することができる情報が記載された紙その他の有体物をいう。以下この条において同じ。）で行うことが規定されている又は想定されるもの（第15条第1項（略）、第145条、（略）において準用する場合を含む。）及び事項に規定するものを除く。）については、書面に代えて、当該書面に係る電磁的記録（電子的方式、磁気的方式その他人の知覚によっては認識することができない方式で作られる記録であって、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。）により行うことができる。</p> <p>2 指定居宅サービス事業者及び指定居宅サービスの提供に当たる者は、交付、説明、同意、承諾、締結その他これらに類するもの</p>	<p>1 電磁的記録について</p> <p>居宅条例第276条第1項及び予防条例第266条第1項は、指定居宅サービス事業者及び指定居宅サービスの提供に当たる者等（以下「事業者等」という。）の書面の保存等に係る負担の軽減を図るため、事業者等は、この省令で規定する書面（被保険者証に関するものを除く。）の作成、保存等を次に掲げる電磁的記録により行うことができることとしたものである。</p> <p>(1) 電磁的記録による作成は、事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録する方法または磁気ディスク等をもって調製する方法によること。</p> <p>(2) 電磁的記録による保存は、以下のいずれかの方法によること。</p> <p>① 作成された電磁的記録を事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスク等をもって調製するファイルにより保存する方法</p> <p>② 書面に記載されている事項をスキャナ等により読み取ってできた電磁的記録を事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスク等をもって調製するファイルにより保存する方法</p> <p>(3) その他、居宅条例第276条第1項及び予防条例第266条第1項において電磁的記録により行うことができるとされているものは、(1)及び(2)に準じた方法によること。</p> <p>(4) また、電磁的記録により行う場合は、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」及び厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。</p> <p>2 電磁的方法について</p> <p>居宅基準第276条第2項及び予防条例第266条第2項は、利用者</p>

<p>(以下「交付等」という。)のうち、この条例において書面で行うことが規定されている又は想定されるものについては、当該交付等の相手方の承諾を得て、書面に代えて、電磁的方法(電子的方法、磁気的方法その他の知覚によって認識することができない方法をいう。)によることができる。</p>	<p>及びその家族等(以下「利用者等」という。)の利便性向上並びに事業者等の業務負担軽減等の観点から、事業者等は、書面で行うことが規定されている又は想定される交付等(交付、説明、同意、承諾、締結その他これに類するものをいう。)について、事前に利用者等の承諾を得た上で、次に掲げる電磁的方法によることができることとしたものである。</p> <p>(1) 電磁的方法による交付は、居宅条例第12条第2項から第4項まで及び予防条例第52条の3第2項から第4項までの規定に準じた方法によること。</p> <p>(2) 電磁的方法による同意は、例えば電子メールにより利用者等が同意の意思表示をした場合等が考えられること。なお、「押印についてのQ&A(令和2年6月19日内閣府・法務省・経済産業省)」を参考にする。</p> <p>(3) 電磁的方法による締結は、利用者等・事業者等との間の契約関係を明確にする観点から、書面における署名又は記名・押印に代えて、電子署名を活用することが望ましいこと。なお、「押印についてのQ&A(令和2年6月19日内閣府・法務省・経済産業省)」を参考にする。</p> <p>(4) その他、居宅基準第276条第2項及び予防条例第266条第2項において電磁的方法によることができるとされているものは、(1)から(3)までに準じた方法によること。ただし、居宅基準若しくは予防基準又はこの通知の規定により電磁的方法の定めがあるものについては、当該定めに従うこと。</p> <p>(5) また、電磁的方法による場合は、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」及び厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。</p> <p>【参考通知】「押印についてのQ&A(令和2年6月19日内閣府・法務省・経済産業省)」</p>
<p>(介護予防) 予防条例 第266条(略)</p>	

V 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準

1 算定基準

- 所在地により各級地に応じて算定する。

根拠法令等																												
「厚生省告示第19号」	「厚労省告示第93号」																											
<p>介護保険法（平成9年法律第123号）第41条第4項及び第53条第2項の規定に基づき、指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準を次のように定め、平成12年4月1日から適用する。</p> <p>1 指定居宅サービスに要する費用の額は、別表指定居宅サービス介護給付費単位数表により算定するものとする。</p> <p>2 指定居宅サービスに要する費用（別表中短期入所療養介護に係る緊急時施設療養費（特定治療に係るものに限る。）及び特別療養費並びに特定診療費として算定される費用を除く。）の額は、別に厚生労働大臣が定める一単位の単価に別表に定める単位数を乗じて算定するものとする。</p> <p>3 前2号の規定により指定居宅サービスに要する費用の額を算定した場合において、その額に1円未満の端数があるときは、その端数金額は切り捨てて計算するものとする。</p>	<p>「厚生労働大臣が定める一単位の単価」</p> <p>1 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第19号）第2号、（略）、指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第127号）第2号、（略）の厚生労働大臣が定める一単位の単価（以下「一単位の単価」という。）は、十円に次の表に掲げる介護保険法（平成9年法律第123号）第41条第1項に規定する指定居宅サービス、（略）同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス、（略）等を行う介護保険施設が所在する地域区分及び同表の中欄に掲げるサービス種類に応じて同表の右欄に掲げる割合を乗じて得た額とする。</p> <p style="text-align: center;">【通所リハビリテーション（介護予防含む）】</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">地域区分</th> <th style="width: 65%;">地域</th> <th style="width: 20%;">割合</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>一級地</td> <td>特別区</td> <td>1,110/1,000</td> </tr> <tr> <td>二級地</td> <td>町田市、狛江市、多摩市</td> <td>1,088/1,000</td> </tr> <tr> <td>三級地</td> <td>八王子市、武蔵野市、三鷹市、青梅市、府中市、調布市、小金井市、小平市、日野市、東村山市、国分寺市、国立市、清瀬市、東久留米市、稲城市、西東京市</td> <td>1,083/1,000</td> </tr> <tr> <td>四級地</td> <td>立川市、昭島市、東大和市</td> <td>1,066/1,000</td> </tr> <tr> <td>五級地</td> <td>福生市、あきる野市、日の出町</td> <td>1,055/1,000</td> </tr> <tr> <td>六級地</td> <td>武蔵村山市、羽村市、瑞穂町、奥多摩町、檜原村</td> <td>1,033/1,000</td> </tr> <tr> <td>七級地</td> <td>なし</td> <td>1,017/1,000</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td>島嶼</td> <td>1,000/1,000</td> </tr> </tbody> </table>	地域区分	地域	割合	一級地	特別区	1,110/1,000	二級地	町田市、狛江市、多摩市	1,088/1,000	三級地	八王子市、武蔵野市、三鷹市、青梅市、府中市、調布市、小金井市、小平市、日野市、東村山市、国分寺市、国立市、清瀬市、東久留米市、稲城市、西東京市	1,083/1,000	四級地	立川市、昭島市、東大和市	1,066/1,000	五級地	福生市、あきる野市、日の出町	1,055/1,000	六級地	武蔵村山市、羽村市、瑞穂町、奥多摩町、檜原村	1,033/1,000	七級地	なし	1,017/1,000	その他	島嶼	1,000/1,000
地域区分	地域	割合																										
一級地	特別区	1,110/1,000																										
二級地	町田市、狛江市、多摩市	1,088/1,000																										
三級地	八王子市、武蔵野市、三鷹市、青梅市、府中市、調布市、小金井市、小平市、日野市、東村山市、国分寺市、国立市、清瀬市、東久留米市、稲城市、西東京市	1,083/1,000																										
四級地	立川市、昭島市、東大和市	1,066/1,000																										
五級地	福生市、あきる野市、日の出町	1,055/1,000																										
六級地	武蔵村山市、羽村市、瑞穂町、奥多摩町、檜原村	1,033/1,000																										
七級地	なし	1,017/1,000																										
その他	島嶼	1,000/1,000																										
（介護予防）平成18年 厚労省告示第127号（略）																												

(五) 要介護 5	1, 1 1 2 単位	
(6) 所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合		ロ 大規模通所リハビリテーション費 (I) を算定すべき指定通所 リハビリテーションの施設基準
(一) 要介護 1	7 1 0 単位	(1) イ(1)に該当しない事業所であって、前年度の 1 月当たりの平 均利用延人員数が 900 人以内の指定通所リハビリテーション 事業所であること。
(二) 要介護 2	8 4 4 単位	(2) イ(2)に該当するものであること。
(三) 要介護 3	9 7 4 単位	
(四) 要介護 4	1, 1 2 9 単位	
(五) 要介護 5	1, 2 8 1 単位	
(7) 所要時間 7 時間以上 8 時間未満の場合		
(一) 要介護 1	7 5 7 単位	
(二) 要介護 2	8 9 7 単位	
(三) 要介護 3	1, 0 3 9 単位	
(四) 要介護 4	1, 2 0 6 単位	
(五) 要介護 5	1, 3 6 9 単位	
ロ 大規模型通所リハビリテーション費 (I)		
(1) 所要時間 1 時間以上 2 時間未満の場合		
(一) 要介護 1	3 6 1 単位	
(二) 要介護 2	3 9 2 単位	
(三) 要介護 3	4 2 1 単位	
(四) 要介護 4	4 5 0 単位	
(五) 要介護 5	4 8 1 単位	
(2) 所要時間 2 時間以上 3 時間未満の場合		
(一) 要介護 1	3 7 5 単位	
(二) 要介護 2	4 3 1 単位	
(三) 要介護 3	4 8 8 単位	
(四) 要介護 4	5 4 4 単位	
(五) 要介護 5	6 0 1 単位	
(3) 所要時間 3 時間以上 4 時間未満の場合		
(一) 要介護 1	4 7 7 単位	
(二) 要介護 2	5 5 4 単位	
(三) 要介護 3	6 3 0 単位	
(四) 要介護 4	7 2 7 単位	
(五) 要介護 5	8 2 4 単位	
(4) 所要時間 4 時間以上 5 時間未満の場合		ハ 大規模型通所リハビリテーション費 (II) を算定すべき指定通 所リハビリテーションの施設基準
(一) 要介護 1	5 4 0 単位	(1) イ(1)及びロ(1)に該当しない事業所であること。
(二) 要介護 2	6 2 6 単位	(2) イ(2)に該当するものであること。
(三) 要介護 3	7 1 1 単位	
(四) 要介護 4	8 2 1 単位	
(五) 要介護 5	9 3 2 単位	
(5) 所要時間 5 時間以上 6 時間未満の場合		
(一) 要介護 1	5 9 9 単位	

(二) 要介護 2	7 0 9 単位
(三) 要介護 3	8 1 9 単位
(四) 要介護 4	9 5 0 単位
(五) 要介護 5	1, 0 7 7 単位
(6) 所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合	
(一) 要介護 1	6 9 4 単位
(二) 要介護 2	8 2 4 単位
(三) 要介護 3	9 5 3 単位
(四) 要介護 4	1, 1 0 2 単位
(五) 要介護 5	1, 2 5 2 単位
(7) 所要時間 7 時間以上 8 時間未満の場合	
(一) 要介護 1	7 3 4 単位
(二) 要介護 2	8 6 8 単位
(三) 要介護 3	1, 0 0 6 単位
(四) 要介護 4	1, 1 6 6 単位
(五) 要介護 5	1, 3 2 5 単位
ハ 大規模型通所リハビリテーション費 (Ⅱ)	
(1) 所要時間 1 時間以上 2 時間未満の場合	
(一) 要介護 1	3 5 3 単位
(二) 要介護 2	3 8 4 単位
(三) 要介護 3	4 1 1 単位
(四) 要介護 4	4 4 1 単位
(五) 要介護 5	4 6 9 単位
(2) 所要時間 2 時間以上 3 時間未満の場合	
(一) 要介護 1	3 6 8 単位
(二) 要介護 2	4 2 3 単位
(三) 要介護 3	4 7 7 単位
(四) 要介護 4	5 3 1 単位
(五) 要介護 5	5 8 6 単位
(3) 所要時間 3 時間以上 4 時間未満の場合	
(一) 要介護 1	4 6 5 単位
(二) 要介護 2	5 4 2 単位
(三) 要介護 3	6 1 6 単位
(四) 要介護 4	7 1 0 単位
(五) 要介護 5	8 0 6 単位
(4) 所要時間 4 時間以上 5 時間未満の場合	
(一) 要介護 1	5 2 0 単位
(二) 要介護 2	6 0 6 単位
(三) 要介護 3	6 8 9 単位
(四) 要介護 4	7 9 6 単位

<p>(五) 要介護 5 9 0 2 単位</p> <p>(5) 所要時間 5 時間以上 6 時間未満の場合</p> <p>(一) 要介護 1 5 7 9 単位</p> <p>(二) 要介護 2 6 8 7 単位</p> <p>(三) 要介護 3 7 9 3 単位</p> <p>(四) 要介護 4 9 1 9 単位</p> <p>(五) 要介護 5 1, 0 4 3 単位</p> <p>(6) 所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合</p> <p>(一) 要介護 1 6 7 0 単位</p> <p>(二) 要介護 2 7 9 7 単位</p> <p>(三) 要介護 3 9 1 9 単位</p> <p>(四) 要介護 4 1, 0 6 6 単位</p> <p>(五) 要介護 5 1, 2 1 1 単位</p> <p>(7) 所要時間 7 時間以上 8 時間未満の場合</p> <p>(一) 要介護 1 7 0 8 単位</p> <p>(二) 要介護 2 8 4 1 単位</p> <p>(三) 要介護 3 9 7 3 単位</p> <p>(四) 要介護 4 1, 1 2 9 単位</p> <p>(五) 要介護 5 1, 2 8 2 単位</p>	
「厚生省告示第 1 9 号」 別表 7 注 1	「老企第 3 6 号」 第 2 の 8
<p>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所において、指定通所リハビリテーションを行った場合に、利用者の要介護状態区分に応じて、現に要した時間ではなく、通所リハビリテーション計画（指定居宅サービス基準第 115 条第 1 項に規定する通所リハビリテーション計画をいう。以下同じ。）に位置付けられた内容の指定通所リハビリテーションを行うのに要する標準的な時間でそれぞれ所定単位数を算定する。ただし、利用者の数又は医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員若しくは介護職員（以下この号において「医師等」という。）の員数が別に厚生労働大臣が定める基準に該当する場合は、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。</p> <p>※ 別に厚生労働大臣が定める施設基準（「厚生労働大臣が定める施設基準」平成 27 年厚生労働省告示第 96 号の六）</p> <p>※ 別に厚生労働大臣が定める基準（「厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法」平成 12 年厚生省告示第 27 号の二）⇒「3 定員超過利用・人員欠如に該当する場合の所定単位数の算定」参照</p>	<p>(1) 所要時間による区分の取扱い</p> <p>① 所要時間による区分については、現に要した時間ではなく、通所リハビリテーション計画に位置付けられた内容の指定通所リハビリテーションを行うための標準的な時間によることとしている。そのため、例えば、単に、当日のサービス進行状況や利用者の家族の出迎え等の都合で、当該利用者が通常の時間を超えて事業所にいる場合は、指定通所リハビリテーションのサービスが提供されているとは認められないものであり、この場合は当初計画に位置付けられた所要時間に応じた所定単位数を算定すること（このような家族等の出迎え等までの間のいわゆる「預かり」サービスについては、利用者から別途利用料を徴収して差し支えない。）。</p> <p>② 指定通所リハビリテーションを行うのに要する時間には、送迎に要する時間は含まないものとするが、送迎時に実施した居室内での介助等（電気の消灯・点灯、窓の施錠、着替え、ベッドへの移乗等）に要する時間は、次のいずれの要件も満たす場合、1 日 30 分以内を限度として、指定通所リハビリテーションを行うのに要する時間に含めることができる。</p> <p>イ 居宅サービス計画及び通所リハビリテーション計画に位置付けた上で実施する場合</p>

ロ 送迎時に居宅内の介助等を行う者が、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護福祉士、実務者研修終了者、介護職員基礎研修課程修了者、一級課程修了者、介護職員初任者研修修了者（二級課程修了者を含む。）又は当該事業所における勤続年数と同一法人の経営する他の介護サービス事業所、医療機関、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員としての勤続年数の合計が3年以上の介護職員である場合

③ 当日の利用者の心身の状況から、実際の指定通所リハビリテーションの提供が通所リハビリテーション計画上の所要時間よりもやむを得ず短くなった場合には通所リハビリテーション計画上の単位数を算定して差し支えない。なお、通所リハビリテーション計画上の所要時間よりも大きく短縮した場合には、通所リハビリテーション計画を変更のうえ、変更後の所要時間に応じた単位数を算定すること。

④ 利用者に対して、1日に複数の指定通所リハビリテーションを行う事業所にあつては、それぞれの指定通所リハビリテーションごとに通所リハビリテーション費を算定するものとする（例えば、午前と午後に指定通所リハビリテーションを行う場合にあつては、午前と午後それぞれについて通所リハビリテーション費を算定する。）。ただし、1時間以上2時間未満の指定通所リハビリテーションの利用者については、同日に行われる他の通所リハビリテーション費は算定できない。

(2) 災害時等の取扱い

通所介護と同様であるので、7(5)を参照されたい。

【参照】7(5)

災害その他のやむを得ない理由による定員超過利用については、当該定員超過利用が開始した月（災害等が生じた時期が月末であつて、定員超過利用が翌月まで継続することがやむを得ないと認められる場合は翌月も含む。）の翌月から所定単位数の減算を行うことはせず、やむを得ない理由がないにもかかわらずその翌月まで定員を超過した状態が継続している場合に、災害等が生じた月の翌々月から所定単位数の減算を行うものとする。また、この場合にあつては、やむを得ない理由により受け入れた利用者については、その利用者を明確に区分した上で、平均利用延人員数に含まないこととする。

(8) 平均利用延人員数の取扱い

① 事業所規模による区分については、施設基準第6号イ(1)に基づ

き、前年度の1月当たりの平均利用延人員数により算定すべき通所リハビリテーション費を区分しているところであるが、当該平均利用延人員数の計算に当たっては、同号の規定により、当該指定通所リハビリテーション事業所に係る指定通所リハビリテーション事業者が指定介護予防通所リハビリテーション事業者の指定を併せて受け一体的に事業を実施している場合は、当該指定介護予防通所リハビリテーション事業所における前年度の1月当たりの平均利用延人員数を含むこととされているところである。したがって、仮に指定通所リハビリテーション事業者が指定介護予防通所リハビリテーション事業者の指定を併せて受けている場合であっても、事業が一体的に実施されず、実態として両事業が分離されて実施されている場合には、当該平均利用延人員数には当該指定介護予防通所リハビリテーション事業所の平均利用延人員数は含めない取扱いとする。

② 平均利用延人員数の計算に当たっては、1時間以上2時間未満の報酬を算定している利用者については、利用者数に4分の1を乗じて得た数とし、2時間以上3時間未満の報酬を算定している利用者及び3時間以上4時間未満の報酬を算定している利用者については、利用者数に2分の1を乗じて得た数とし、4時間以上5時間未満の報酬を算定している利用者及び5時間以上6時間未満の報酬を算定している利用者については、利用者数に4分の3を乗じて得た数とする。また、平均利用延人員数に含むこととされた指定介護予防通所リハビリテーション事業所の利用者の計算に当たっては、指定介護予防通所リハビリテーションの利用時間が2時間未満の利用者については、利用者数に4分の1を乗じて得た数とし、2時間以上4時間未満の利用者については、利用者数に2分の1を乗じて得た数とし、利用時間が4時間以上6時間未満の利用者については、利用者数に4分の3を乗じて得た数とする。ただし、指定介護予防通所リハビリテーション事業所の利用者については、同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えていく方法によって計算しても差し支えない。

また、1月間（暦月）、正月等の特別な期間を除いて毎日事業を実施した月における平均利用延人員数については、当該月の平均利用延人員数に7分の6を乗じた数によるものとする。

③ 前年度の実績が6月に満たない事業者（新たに事業を開始し、又は再開した事業者を含む）又は前年度から定員をおおむね25%以上変更して事業を実施しようとする事業者においては、当該年度に係る平均利用延人員数については、便宜上、都道府県知事に届け出た当該事業所の利用定員の90%に予定される1月当たりの営業日数を乗じて得た数とする。

- ④ 毎年度3月31日時点において、事業を実施している事業者であつて、4月以降も引き続き事業を実施するものの当該年度の通所リハビリテーション費の算定に当たっては、前年度の平均利用延人員数は、前年度において通所リハビリテーション費を算定している月（3月を除く。）の1月当たりの平均利用延人員数とする。
- ⑤ 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の事業所規模別の報酬区分の決定に係る特例については、別途通知を参照すること。

【参照】（参考通知）「通所介護等において感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の評価に係る基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和3年3月16日老認発0316第4号・老老発0316第3号）

(9) 指定通所リハビリテーションの提供について

- ① 平成27年度の介護報酬改定において、個別リハビリテーション実施加算が本体報酬に包括化された趣旨を踏まえ、利用者の状態に応じ、個別にリハビリテーションを実施することが望ましいこと。
- ② 指定通所リハビリテーションは、指定通所リハビリテーション事業所の医師の診療に基づき、通所リハビリテーション計画を作成し、実施することが原則であるが、例外として、医療保険の脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを受けていた患者が、介護保険の指定通所リハビリテーションへ移行する際に、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」の別紙様式2-2-1をもって、保険医療機関から当該事業所が情報提供を受け、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、別紙様式2-2-1に記載された内容について確認し、指定通所リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、別紙様式2-2-1をリハビリテーション計画書とみなして通所リハビリテーション費の算定を開始してもよいこととする。
- なお、その場合であっても、算定開始の日が属する月から起算して3月以内に、当該事業所の医師の診療に基づいて、次回のリハビリテーション計画を作成する。
- ③ 指定通所リハビリテーション事業所の医師が、指定通所リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療

法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか1以上の指示を行う。

- ④ ③における指示を行った医師又は当該指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、当該指示に基づき行った内容を明確に記録する。
- ⑤ 通所リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直す。初回の評価は、通所リハビリテーション計画に基づくリハビリテーションの提供開始からおおむね2週間以内に、その後はおおむね3月ごとに評価を行う。
- ⑥ 指定通所リハビリテーション事業所の医師が利用者に対して3月以上の指定通所リハビリテーションの継続利用が必要と判断する場合には、リハビリテーション計画書に指定通所リハビリテーションの継続利用が必要な理由、具体的な終了目安となる時期、その他指定居宅サービスの併用と移行の見通しを記載し、本人・家族に説明を行う。
- ⑦ 新規に通所リハビリテーション計画を作成した利用者に対して、指定通所リハビリテーション事業所の医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、当該計画に従い、指定通所リハビリテーションの実施を開始した日から起算して1月以内に、当該利用者の居宅を訪問し、診療、運動機能検査、作業能力検査等を行うよう努めることが必要である。
- ⑧ 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫などの情報を伝達する。

【参考通知】「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(令和3年3月16日老認発0316第3号・老老発0316第2号)

(31) 記録の整備について

リハビリテーションに関する記録(実施時間、訓練内容、担当者、加算の算定に当たって根拠となった書類等)は利用者ごとに保管され、常に当該事業所のリハビリテーション従業者により閲覧が可能であるようにすること。

(介護予防)「厚生労働省告示第127号」 別表5・別表5注1	(介護予防)「老計発第0317001号」 第2の6
<p>(介護予防通所リハビリテーション費)</p> <p>イ 介護予防通所リハビリテーション費(1月につき)</p> <p>(1) 要支援1 2,053単位</p> <p>(2) 要支援2 3,999単位</p> <p>注1</p> <p>指定介護予防通所リハビリテーション事業所(指定介護予防サービス基準第117条第1項に規定する指定介護予防通所リハビリテーション事業所をいう。以下同じ。)において、指定介護予防通所リハビリテーション(指定介護予防サービス基準第116条に規定する指定介護予防通所リハビリテーションをいう。以下同じ。)を行った場合に、利用者の要支援状態区分に応じて、それぞれ所定単位数を算定する。ただし、利用者の数又は医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員若しくは介護職員(以下この号において「医師等」という。)の員数が別に厚生労働大臣が定める基準に該当する場合は、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。</p> <p>※ 別に厚生労働大臣が定める基準(「厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法」平成12年厚生省告示第27号の十六)⇒「3 定員超過利用・人員欠如に該当する場合の所定単位数の算定」参照</p>	<p>(1) 算定の基準について</p> <p>① 指定介護予防通所リハビリテーション事業所の医師は、指定介護予防通所リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか1以上の指示を行う。</p> <p>② ①における指示を行った医師又は当該指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、当該指示に基づき行った内容を明確に記録する。</p> <p>③ 介護予防通所リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直す。初回の評価は、介護予防通所リハビリテーション計画に基づく介護予防通所リハビリテーションの提供開始からおおむね2週間以内に、その後はおおむね3月ごとに評価を行う</p> <p>④ 指定介護予防通所リハビリテーション事業所の医師が利用者に対して3月以上の指定介護予防通所リハビリテーションの継続利用が必要と判断する場合には、リハビリテーション計画書に指定介護予防通所リハビリテーションの継続利用が必要な理由、具体的な終了目安となる時期、法第115条の45第1項第1号ロに規定する第1号通所事業その他指定介護予防サービスの併用と移行の見通しを記載し、本人・家族に説明を行う。</p> <p>⑤ 新規に介護予防通所リハビリテーション計画を作成した利用者に対して、指定介護予防通所リハビリテーション事業所の医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、当該計画に従い、指定介護予防通所リハビリテーションの実施を開始した日から起算して1月以内に、当該利用者の居宅を訪問し、診療、運動機能検査、作業能力検査等を行うよう努める。</p> <p>⑥ 指定介護予防通所リハビリテーション事業所(指定介護予防サービス等基準第117条第1項に規定する指定介護予防通所リハビリテーション事業所をいう。以下この号及び第110号において同じ。)の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、介護支援専門員を通じて、法第115条の45第1項第1号イに規定する第一号訪問事業その他指定介護予防サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、</p>

	<p>日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達する。</p> <p>(15) 前記以外の基本的な取扱いについては、通所リハビリテーションの取扱方針に従うこととする。</p>
--	--

●介護保険最新情報 vol.151「介護報酬に係る Q&A」(平成 15 年 5 月 30 日)	
通所サービス(共通事項)	
(問3) 緊急やむを得ない場合における併設医療機関(他の医療機関を含む)の受診による通所サービスの利用の中止について	(答) 併設医療機関等における保険請求が優先され、通所サービスについては変更後の所要時間に応じた所定単位数を算定しなければならない。
(問11) 通所サービスと併設医療機関の受診について	(答) 通所サービスのサービス提供時間帯における併設医療機関の受診は緊急やむを得ない場合を除いて認められない。また、サービス開始前又は終了後の受診は可能であるが、一律に機械的に通所サービスの前後に組み入れることは適切でなく、当日の利用者の心身の状況、通所サービス計画の見直し等の必要性に応じて行われるべきものである。
(問12) 通所サービスの前後に併設医療機関等を受診した場合の延長加算について	(答) 通所サービスと併設医療機関における受診は別の時間帯に行われる別のサービスであることから、通所サービス後の受診後の時間帯に延長サービスを行った場合も、当該延長サービスは通所サービスに係る延長サービスをみなされず、当該加算を算定できない。 (参考) 延長加算の算定の可否 例①は通所サービス後の延長サービスに限り算定できる。 例②は通所サービス前の延長サービスに限り算定できる。 例①延長加算× 診察 通所サービス 延長加算○ の順 例②延長加算○ 通所サービス 診察 延長加算× の順

●介護保険最新情報 vol.153「介護報酬に係る Q&A(vol.2)」(平成 15 年 6 月 30 日)	
通所サービスの算定	
(問6) 施設サービスや短期入所サービスの入所(入院)日や退所(退院)日に通所サービスを算定できるか。	(答) 施設サービスや短期入所サービスにおいても機能訓練やリハビリテーションを行えることから、入所(入院)日や退所(退院)日に通所サービスを機械的に組み込むことは適正でない。例えば、施設サービスや短期入所サービスの退所(退院)日において、利用者の家族の出迎えや送迎等の都合で、当該施設・事業所内の通所サービスに供する食堂、機能訓練室などにいる場合は、通所サービスが提供されているとは認められないため、通所サービス費を算定できない。

●介護制度改革 information vol.78「平成 18 年 4 月改定関係 Q&A(vol.1)」(平成 18 年 3 月 22 日)	
介護予防通所介護・通所リハビリテーション(サービスの提供方法)	
(問9) 介護予防通所系サービスの提供に当たり、利用者を午前と午後に分けてサービス提供を行うことは可能か。	(答) 御指摘のとおりである。介護予防通所系サービスに係る介護報酬は包括化されていることから、事業者が、個々の利用

	者の希望、心身の状態等を踏まえ、利用者に対してわかりやすく説明し、その同意が得られれば、提供回数、提供時間について自由に設定を行うことが可能である。
(問 10) (介護予防通所)午前と午後に分けてサービス提供を行った場合に、例えば午前中にサービス提供を受けた利用者について、午後は引き続き同一の事業所にいても構わないか。その場合には、当該利用者を定員に含める必要があるのか。また、当該利用者が事業所に引き続きいられることについて負担を求めることは可能か。	(答) 同一の事業所にいても構わないが、単にいるだけの利用者については、介護保険サービスを受けているわけではないので、サービス提供に支障のないよう配慮しなければならない。具体的には、サービスを実施する機能訓練室以外の場所(休憩室、ロビー等)に居ていただくことが考えられるが、機能訓練室内であっても面積に余裕のある場合(単にいるだけの方を含めても1人当たり3㎡以上が確保されている場合)であれば、サービス提供に支障のないような形で居ていただくことも考えられる。いずれにしても、介護保険サービス外とはいえ、単にいるだけであることから、別途負担を求めることは不適切であると考えている。
(問 11) 介護予防通所系サービスを受けるに当たって、利用回数、利用時間の限度や標準利用回数は定められるのか。	(答) 地域包括支援センターが利用者の心身の状況、その置かれている環境、希望等を勘案して行う介護予防ケアマネジメントを踏まえ、事業者と利用者の契約により、適切な利用回数、利用時間の設定が行われるものと考えており、国において一律に上限や標準利用回数を定めることは考えていない。なお、現行の利用実態や介護予防に関する研究班マニュアル等を踏まえると、要支援1については週1回程度、要支援2については週2回程度の利用が想定されることも、一つの参考となるのではないかと考える。
(問 14) 予防給付の通所系サービスと介護給付の通所系サービスの提供に当たっては、物理的(空間的・時間的)にグループを分けて行う必要があるのか。	(答) 通所系サービスは、ケアマネジメントにおいて、利用者一人一人の心身の状況やニーズ等を勘案して作成されるケアプランに基づき、いずれにしても個別的なサービス提供が念頭に置かれているものであり、したがって、予防給付の通所系サービスと介護給付の通所系サービスの指定を併せて受ける場合についても個別のニーズ等を考慮する必要がある。具体的には、指定基準上、サービスが一体的に提供されている場合には、指定基準上のサービス提供単位を分ける必要はないこととしているところであるが、両者のサービス内容を明確化する観点から、サービス提供に当たっては、非効率としない範囲で一定の区分を設ける必要があると考えており、具体的には、以下のとおりの取扱いとする。 ① 日常生活上の支援(世話)等の共通サービス(入浴サービスを含む。)については、サービス提供に当たり、物理的に分ける必要はないこととする。 ② 選択的サービス(介護給付の通所系サービスについては、各加算に係るサービス)については、要支援者と要介護者でサービス内容がそもそも異なり、サービスの提供は、時間やグループを区分して行うことが効果的・効率的と考えられることから、原則として、物理的に区分してサービスを提供することとする。ただし、例えば、口腔機能向上のための口・舌の体操など、内容的に同様のサービスであって、かつ、当該体操の指導を要支援者・要介護者に

	<p>同時かつ一体的に行うこととしても、特段の支障がないものについては、必ずしも物理的に区分する必要はないものとする。</p> <p>③なお、介護予防通所介護におけるアクティビティについては、要支援者に対する場合と要介護者に対する場合とで内容を区分する必要はあるが、必ずしも物理的に区分して提供しなければならないものではない。(必ずしも部屋を分ける等する必要はないが、サービス内容は異なるのでその意味では区分する。時間帯、場所まで区分することはない。)</p>
--	--

介護予防通所介護・通所リハビリテーション（基本単位）	
<p>(問 16)</p> <p>送迎・入浴が単位数に包括されているが、送迎や入浴を行わない場合についても減算はされないのか。</p>	<p>(答)</p> <p>送迎・入浴については、基本単位の中に算定されていることから、事業所においては、引き続き希望される利用者に対して適切に送迎・入浴サービスを提供する必要があると考えている。ただし、利用者の希望がなく送迎・入浴サービスを提供しなかったからといって減算することは考えていない。</p>

●事務連絡(保険局医療課) 疑義解釈資料の送付について(その8) (平成 19 年 6 月 1 日)	
医療保険と介護保険の関係(リハビリテーション)	
<p>(問 2)</p> <p>介護保険における通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーション以外の介護サービスを受けている者であれば、疾患別リハビリテーション料又は疾患別リハビリテーション医学管理料を算定できると考えてよいか。</p> <p>(例) 通所介護の「個別機能訓練加算」、訪問看護ステーションにおいて看護職員に代わり理学療法士又は作業療法士が行う訪問看護等</p>	<p>(答)</p> <p>そのとおり。</p>

●介護保険最新情報 vol.267「平成 24 年度介護報酬改定に関する Q&A (vol.1)」 (平成 24 年 3 月 16 日)	
サービスの提供時間	
<p>(問 56)</p> <p>同一の利用者が利用日ごとに異なる提供時間数のサービスを受けることは可能か。</p>	<p>(答)</p> <p>適切なアセスメントを経て居宅サービス計画及び通所サービス計画がそのような時間設定であれば、利用日によってサービス提供時間が異なることはあり得るものである。</p>
<p>(問 57)</p> <p>サービスの提供開始や終了は同一単位の利用者について同時に行わなければならないのか。</p>	<p>(答)</p> <p>サービスの提供にあたっては、利用者ごとに定めた通所サービス計画における通所サービスの内容、利用当日のサービスの提供状況、家族の出迎え等の都合で、サービス提供の開始・終了のタイミングが利用者ごとに前後することはあり得るものであり、また、そもそも単位内で提供時間の異なる利用者も存在し得るところである。報酬の対象となるのは実際に事業所にいた時間ではなく、通所サービス計画に定められた標準的な時間であるとしているところであり、サービス提供開始時刻や終了時刻を同時にしなければならないというものではない。</p>

通所リハビリテーションの所要時間	
(問 87) 6時間以上8時間未満の単位のみを設定している通所リハビリテーション事業所において、利用者の希望により、4時間以上6時間未満のサービスを提供し、4時間以上6時間未満の通所リハビリテーション費を算定することができるのか。	(答) 適切なケアマネジメントに基づき利用者にとって4時間以上6時間未満のサービス提供が必要な場合であれば算定することができる。

●介護保険最新情報 vol.273「平成 24 年度介護報酬改定に関する Q&A (Vol.2)」(平成 24 年 4 月 30 日)																																																					
事業所規模区分																																																					
(問 10) 事業所規模による区分について、前年度の 1 月あたりの平均利用延人員数により算定すべき通所サービス費を区分しているが、具体的な計算方法如何。	(答) 以下の手順・方法に従って算出すること。 ① 各月(暦月)ごとに利用延人員数を算出する。 ② 毎日事業を実施した月においては、当該月の利用延人員数にのみ七分の六を乗じる(小数点第三位を四捨五入)。 ③ ②で算出した各月(暦月)ごとの利用延人員数を合算する。 ④ ③で合算した利用延人員数を、通所サービス費を算定している月数で割る。 ※ ②を除き、計算の過程で発生した小数点の端数処理は行わないこと。 〔具体例〕6月から10月まで毎日営業した事業所の利用延人員数の合計 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>4月</th> <th>5月</th> <th>6月</th> <th>7月</th> <th>8月</th> <th>9月</th> <th>10月</th> <th>11月</th> <th>12月</th> <th>1月</th> <th>2月</th> <th>計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>延べ人数</td> <td>305.00</td> <td>310.50</td> <td>340.75</td> <td>345.50</td> <td>339.25</td> <td>345.50</td> <td>350.75</td> <td>309.50</td> <td>300.75</td> <td>310.50</td> <td>301.00</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>× 6/7</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>292.07</td> <td>296.14</td> <td>290.79</td> <td>296.14</td> <td>300.64</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>最終人数</td> <td>305.00</td> <td>310.50</td> <td>292.07</td> <td>296.14</td> <td>290.79</td> <td>296.14</td> <td>300.64</td> <td>309.50</td> <td>300.75</td> <td>310.50</td> <td>301.00</td> <td>3313.03</td> </tr> </tbody> </table> → 利用延べ人数(4月～2月)…3313.03人 平均利用延人員数 =3313.03人÷11ヶ月=301.184…人		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	計	延べ人数	305.00	310.50	340.75	345.50	339.25	345.50	350.75	309.50	300.75	310.50	301.00	-	× 6/7	-	-	292.07	296.14	290.79	296.14	300.64	-	-	-	-	-	最終人数	305.00	310.50	292.07	296.14	290.79	296.14	300.64	309.50	300.75	310.50	301.00	3313.03
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	計																																									
延べ人数	305.00	310.50	340.75	345.50	339.25	345.50	350.75	309.50	300.75	310.50	301.00	-																																									
× 6/7	-	-	292.07	296.14	290.79	296.14	300.64	-	-	-	-	-																																									
最終人数	305.00	310.50	292.07	296.14	290.79	296.14	300.64	309.50	300.75	310.50	301.00	3313.03																																									

●介護保険最新情報 vol. 454「平成 27 年度介護報酬改定に関する Q&A」(平成 27 年 4 月 1 日)	
送迎時における居宅内介助等の評価(通所介護、通所リハビリテーション、認知症対応型通所介護共通)	
(問 52) デイサービス等への送り出しなどの送迎時における居宅内介助等について、通所介護事業所等が対応できない場合は、訪問介護の利用は可能なのか。居宅内介助等が可能な通所介護事業所等を探す必要があるのか。	(答) 1 通所介護等の居宅内介助については、独居など一人で身の回りの支度ができず、介助が必要となる場合など個別に必要性を判断の上、居宅サービス計画及び個別サービス計画に位置付けて実施するものである。 2 現在、訪問介護が行っている通所サービスの送迎前後に行われている介助等について、一律に通所介護等に対応することを求めているものではない。 例えば、食事介助に引き続き送迎への送り出しを行うなど訪問介護による対応が必要な利用者までも、通所介護等での対応を求めるものではない。
(問 53) 送迎時に居宅内で介助した場合は 30 分以内であれば所	(答) 対象となる。

<p>要時間に参入してもよいとあるが、同一建物又は同一敷地内の有料老人ホーム等に居住している利用者へ介護職員が迎えに行き居宅内介助した場合も対象とすることによいか。</p>	
<p>(問 54) 送迎時における居宅内介助等については、複数送迎する場合は、車内に利用者を待たせることになるので、個別に送迎する場合のみが認められるのか。</p>	<p>(答) 個別に送迎する場合のみに限定するものではないが、居宅内介助に要する時間をサービスの提供時間を含めることを認めるものであることから、他の利用者を送迎時に車内に待たせて行うことは認められない。</p>
<p>(問 55) 居宅内介助等を実施した時間を所要時間として、居宅サービス計画及び個別サービス計画に位置づけた場合、算定する報酬区分の所要時間が利用者ごとに異なる場合が生じてもよいか。</p>	<p>(答) サービスの提供に当たっては、サービス提供の開始・終了タイミングが利用者ごとに前後することはあり得るものであり、単位内でサービスの提供時間の異なる場合が生じても差し支えない。</p>

<p>●介護保険最新情報 vol.629「平成 30 年度介護報酬改定に関する Q&A(vol.1)」(平成 30 年 3 月 23 日)</p>	
<p>保険医療機関において指定訪問リハビリテーションを行う場合の取扱</p>	
<p>(問 58) 保険医療機関において、脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション又は呼吸器リハビリテーション(以下、疾患別リハビリテーション)と1時間以上2時間未満の通所リハビリテーション又は訪問リハビリテーションを同時に行う場合、理学療法士等は同日に疾患別リハビリテーション、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションを提供することができるのか。</p>	<p>(答) ・次の4つの条件を満たす必要がある。 1 訪問リハビリテーションにおける20分のリハビリテーションに従事した時間を、疾患別リハビリテーションの1単位とみなし、理学療法士等1人あたり1日18単位を標準、1日24単位を上限とし、週108単位以内であること。 2 1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションにおける20分の個別リハビリテーションに従事した時間を、疾患別リハビリテーションの1単位とみなし、理学療法士等1人あたり1日18単位を標準、1日24単位を上限とし、週108単位以内であること。 3 疾患別リハビリテーション1単位を訪問リハビリテーション又は通所リハビリテーションの20分としてみなし、理学療法士等1人あたり1日合計8時間以内、週36時間以内であること。 4 理学療法士等の疾患別リハビリテーション、通所リハビリテーション及び訪問リハビリテーションにおけるリハビリテーションに従事する状況が、勤務簿等に記載されていること。 <<参考>> ・「介護サービス関係Q&A」1211(平成24年3月16日発行【64】85)</p>

●介護保険最新情報 vol.948「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.2)」(令和3年3月23日)

算定の基準について

(問 24)

訪問リハビリテーションの算定の基準に係る留意事項に、「理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達していること」があるが、その他の指定居宅サービスを利用していない場合や福祉用具貸与のみを利用している場合はどのような取扱いとなるのか。

(答)

リハビリテーション以外にその他の指定居宅サービスを利用していない場合は、該当する他のサービスが存在しないため情報伝達の必要性は生じない。また、福祉用具貸与のみを利用している場合であっても、本基準を満たす必要がある。通所リハビリテーションにおいても同様に扱う。

医療保険と介護保険の関係(リハビリテーション)

(問 30)

平成19年4月から、医療保険から介護保険におけるリハビリテーションに移行した日以降は、同一の疾患等に係る医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できないこととされており、また、同一の疾患等について介護保険におけるリハビリテーションを行った月は、医療保険における疾患別リハビリテーション医学管理料は算定できないこととされている。この介護保険におけるリハビリテーションには、通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションが含まれているが、
①通所リハビリテーションにおいて、「リハビリテーションマネジメント加算(A)」、「リハビリテーションマネジメント加算(B)」や「短期集中個別リハビリテーション実施加算」、
②介護予防通所リハビリテーションにおいて、利用者の運動器機能向上に係る個別の計画の作成、サービス実施、評価等を評価する「運動器機能向上加算」を算定していない場合であっても、同様に扱うのか。

(答)

- ・ 貴見のとおり。
- ・ 通所リハビリテーションにおいて、リハビリテーションマネジメント加算(A)、リハビリテーションマネジメント加算(B)や短期集中個別リハビリテーション実施加算を算定していない場合及び介護予防通所リハビリテーションにおいて、運動器機能向上加算を算定していない場合であっても、介護保険におけるリハビリテーションを受けているものであり、同様に扱うものである。

通所リハビリテーションの提供について

(問 34)

新規利用者について通所リハビリテーションの利用開始日前に利用者の居宅を訪問した場合は、通所リハビリテーションの算定基準を満たすのか。
また、新規利用者について、介護予防通所リハビリテーションの利用開始日前に利用者の居宅を訪問した場合は、介護予防通所リハビリテーションの算定基準を満たすのか。

(答)

いずれの場合においても、利用初日の1月前から利用前日に利用者の居宅を訪問した場合であって、訪問日から利用開始日までの間に利用者の状態と居宅の状況に変化がなければ、算定要件である利用者の居宅への訪問を行ったこととしてよい。

●介護保険最新情報 vol.952「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.3)」(令和3年3月26日)

サービス提供にあたっての所要時間と所要時間区分の考え方

(問 24)

各所要時間区分の通所サービス費を請求するにあたり、サービス提供時間の最低限の所要時間はあるのか。

(答)

- ・ 所要時間による区分は現に要した時間ではなく、通所サービス計画に位置づけられた通所サービスを行うための標準的な時間によることとされており、例えば通所介護計画に位置づけられた通所介護の内容が8時間以上9時間未満で

	<p>あり、当該通所介護計画書どおりのサービスが提供されたのであれば、8時間以上9時間未満の通所介護費を請求することになる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ただし、通所サービスの提供の開始に際しては、予めサービス提供の内容や利用料等の重要事項について、懇切丁寧に説明を行った上で同意を得ることとなっていることから、利用料に応じた、利用者に説明可能なサービス内容となっている必要があることに留意すること。
<p>サービス提供時間を短縮した場合の所要時間区分の考え方</p>	
<p>(問 26)</p> <p>「当日の利用者の心身の状況から、実際の通所サービスの提供が通所サービス計画上の所要時間よりもやむを得ず短くなった場合には通所サービス計画上の単位数を算定して差し支えない。」とされているが、具体的にどのような内容なのか。</p>	<p>(答)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 通所サービスの所要時間については、現に要した時間ではなく、通所サービス計画に位置付けられた内容の通所サービスを行うための標準的な時間によることとされている。 ・ こうした趣旨を踏まえ、例えば8時間以上9時間未満のサービスの通所介護計画を作成していた場合において、当日サービス提供途中で利用者が体調を崩したためにやむを得ず7時間 30分でサービス提供を中止した場合に当初の通所介護計画による所定単位数を算定してもよいとした。(ただし、利用者負担の軽減の観点から、通所介護計画を変更した上で7時間以上8時間未満の所定単位数を算定してもよい。) ・ こうした取扱いは、サービスのプログラムが個々の利用者に応じて作成され、当該プログラムに従って、単位ごとに効果的に実施されている事業所において行われることを想定しており、限定的に適用されるものである。当初の通所介護計画に位置付けられた時間よりも大きく短縮した場合は、当初の通所介護計画を変更し、再作成されるべきであり、変更後の所要時間に応じた所定単位数を算定しなければならない。 <p>(例)通所介護計画上7時間以上8時間未満の通所介護を行う予定であった利用者について</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 利用者が定期検診などのために当日に併設保険医療機関の受診を希望することにより6時間程度のサービスを行った場合には、利用者の当日の希望を踏まえて当初の通所サービス計画を変更し、再作成されるべきであり、6時間程度の所要時間に応じた所定単位数を算定する。 ② 利用者の当日の希望により3時間程度の入浴のみのサービスを行った場合には、利用者の当日の希望を踏まえて当初の通所サービス計画を変更し、再作成されるべきであり、3時間程度の所要時間に応じた所定単位数を算定する。 ③ 当日サービス提供途中で利用者が体調を崩したためにやむを得ず2時間程度でサービス提供を中止した場合、当初の通所介護計画を変更し、再作成されるべきであり、2時間程度の所要時間に応じた所定単位数を算定する。 <p>(※所要時間2時間以上3時間未満の区分は、心身の状況その他利用者のやむを得ない事情により、長時間のサービス利用が困難である利用者に対して算定するもので</p>

	<p>あるが、当日の利用者の心身の状況から、実際の通所サービス提供が通所サービス計画上の所要時間よりも大きく短縮した場合は、通所サービス計画を変更の上、同区分での算定を行うこととしても差し支えない。）</p> <p>④ 当日サービス提供途中で利用者が体調を崩したためにやむを得ず1時間程度でサービス提供を中止した場合、これに対応する所要時間区分がないため、通所介護費を算定できない。</p>
--	---

●介護保険最新情報 vol.966「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.6)」(令和3年4月15日)

算定の基準について

<p>(問1)</p> <p>シーティングとして、医師の指示の下に理学療法士等が、椅子や車椅子等上の適切な姿勢保持や褥瘡予防のため、患者の体幹機能や座位保持機能を評価した上で体圧分散やサポートのためのクッションや付属品の選定や調整を行った場合に、介護報酬上におけるリハビリテーションの実施時間に含めることは可能か。</p>	<p>(答)</p> <p>可能。この場合のシーティングとは、椅子や車椅子等上の姿勢保持が困難なため、食事摂取等の日常生活動作の能力の低下を来した患者に対し、理学療法士等が、車椅子や座位保持装置上の適切な姿勢保持や褥瘡予防のため、患者の体幹機能や座位保持機能を評価した上で体圧分散やサポートのためのクッションや付属品の選定や調整を行うことをいい、単なる離床目的で椅子や車椅子等上の座位をとらせる場合は該当しない。またシーティング技術を活用して車椅子ではなく、椅子やテーブル等の環境を整えることで、「椅子に座る」ことが望ましい。なお、シーティングの実務については「高齢者の適切なケアとシーティングに関する手引き」を参考とすること。</p> <p><参考：「高齢者の適切なケアとシーティングに関する手引き」(令和2年度 厚生労働省 老人保健健康増進等事業「車椅子における座位保持等と身体拘束との関係についての調査研究」高齢者の適切なケアとシーティングに係る検討委員会、令和3年3月)></p> <p>1.1 高齢者ケアにおけるシーティングとは</p> <p>高齢者ケアにおけるシーティングを、「体幹機能や座位保持機能が低下した高齢者が、個々に望む活動や参加を実現し、自立を促すために、椅子や車椅子等に快適に座るための支援であり、その支援を通して、高齢者の尊厳ある自立した生活の保障を目指すもの」と定義します。</p>
---	--

3 定員超過利用・人員欠如に該当する場合の所定単位数の算定

- ・ 人員基準上必要とされる員数から1割を超えて減少した場合にはその翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、単位ごとに利用者の全員について所定単位数の70%を算定すること。
- ・ 1割の範囲内で減少した場合には、その翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、単位ごとに利用者等の全員について所定単位数の70%を算定すること。

根拠法令等

「平成12年厚生省告示第27号」	「老企第36号」 第2の8				
<p>二 厚生労働大臣が定める利用者の数の基準及び医師等の員数の基準並びに通所リハビリテーション費の算定方法</p> <p>イ 指定通所リハビリテーションの月平均の利用者の数(指定通所リハビリテーション事業者が指定介護予防通所リハビリテーション事業者の指定を併せて受け、かつ、指定通所リハビリテーションの事業と指定介護予防通所リハビリテーションの事業とが同一の事業所において一体的に運営されている場合にあっては、指定通所リハビリテーションの利用者の数及び指定介護予防通所リハビリテーションの利用者の数の合計数)が次の表の上欄に掲げる基準に該当する場合における通所リハビリテーション費については、同表の下欄に掲げるところにより算定する。</p>	<p>(25) 定員超過利用に該当する場合の所定単位数の算定について通所介護と同様であるので、7(22)を参照されたい。</p>				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">厚生労働大臣が定める利用者の数の基準</td> </tr> <tr> <td>施行規則第120条の規定に基づき都道府県知事に提出した運営規程に定められている利用定員を超えること。</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">厚生労働大臣が定める通所リハビリテーション費の算定方法</td> </tr> <tr> <td>指定居宅サービス介護給付費単位数表の所定単位数に百分の七十を乗じて得た単位数を用いて、指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準の例により算定する。</td> </tr> </table>	厚生労働大臣が定める利用者の数の基準	施行規則第120条の規定に基づき都道府県知事に提出した運営規程に定められている利用定員を超えること。	厚生労働大臣が定める通所リハビリテーション費の算定方法	指定居宅サービス介護給付費単位数表の所定単位数に百分の七十を乗じて得た単位数を用いて、指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準の例により算定する。	<p>【参照】7(22)</p> <p>① 当該事業所の利用定員を上回る利用者を利用させている、いわゆる定員超過利用に対し、介護給付費の減額を行うこととし、厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法(平成12年厚生省告示第27号。以下「通所介護費等の算定方法」という。)において、定員超過利用の基準及び単位数の算定方法を明らかにしているところであるが、これは、適正なサービスの提供を確保するための規定であり、定員超過利用の未然防止を図るよう努めるものとする。</p> <p>② この場合の利用者の数は、1月間(暦月)の利用者の数の平均を用いる。この場合、1月間の利用者の数の平均は、当該月におけるサービス提供日ごとの同時にサービスの提供を受けた者の最大数の合計を、当該月のサービス提供日数で除して得た数とする。この平均利用者数の算定に当たっては、小数点以下を切り上げるものとする。</p> <p>③ 利用者の数が、通所介護費等の算定方法に規定する定員超過利用の基準に該当することとなった事業所については、その翌月から定員超過利用が解消されるに至った月まで、利用者の全員について、所定単位数が通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って減算され、定員超過利用が解消されるに至った月の翌月から通常の所定単位数が算定される。</p> <p>④ 都道府県知事は、定員超過利用が行われている事業所に対しては、その解消を行うよう指導すること。当該指導に従わず、定員超過利用が2月以上継続する場合には、特別な事情がある場合を除き、指定の取消しを検討するものとする。</p> <p>⑤ 災害、虐待の受入れ等やむを得ない理由による定員超過利用については、当該定員超過利用が開始した月(災害等が生じた時期が月末であって、定員超過利用が翌月まで継続することがやむを得ないと認められる場合は翌月も含む。)の翌月から所定単位数の減算を行うことはせず、やむを得ない理由がないにもかかわらずその翌月まで定員を超過した状態が継続している場合に、災害等が生じた月の翌々月から所定単位数の減算を行うものとする。</p>
厚生労働大臣が定める利用者の数の基準					
施行規則第120条の規定に基づき都道府県知事に提出した運営規程に定められている利用定員を超えること。					
厚生労働大臣が定める通所リハビリテーション費の算定方法					
指定居宅サービス介護給付費単位数表の所定単位数に百分の七十を乗じて得た単位数を用いて、指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準の例により算定する。					
<p>ロ 指定通所リハビリテーション事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員又は介護職員の員数が次の表の上欄に掲げる員数の基準に該当する場合における通所リハビリテーション費については、同表の下欄に掲げるところにより算定する。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">厚生労働大臣が定める医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員又は介護職員の員数の基準</td> </tr> <tr> <td>指定居宅サービス基準第111条に定める員数を置いていないこと。</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">厚生労働大臣が定める通所リハビリテーション費の算定方法</td> </tr> <tr> <td>指定居宅サービス介護給付費単位数表の所定単位数に百分の七十を乗じて得た単位数を用いて、指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準の例により算定する。</td> </tr> </table>	厚生労働大臣が定める医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員又は介護職員の員数の基準	指定居宅サービス基準第111条に定める員数を置いていないこと。	厚生労働大臣が定める通所リハビリテーション費の算定方法	指定居宅サービス介護給付費単位数表の所定単位数に百分の七十を乗じて得た単位数を用いて、指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準の例により算定する。	<p>(26) 人員基準欠如に該当する場合の所定単位数の算定について</p> <p>① 当該事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員及び介護職員の配置数が人員基準上満たすべき員数を下回</p>
厚生労働大臣が定める医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員又は介護職員の員数の基準					
指定居宅サービス基準第111条に定める員数を置いていないこと。					
厚生労働大臣が定める通所リハビリテーション費の算定方法					
指定居宅サービス介護給付費単位数表の所定単位数に百分の七十を乗じて得た単位数を用いて、指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準の例により算定する。					

	<p>っている、いわゆる人員基準欠如に対し、介護給付費の減額を行うこととし、通所介護費等の算定方法において、人員基準欠如の基準及び単位数の算定方法を明らかにしているところであるが、これは、適正なサービスの提供を確保するための規定であり、人員基準欠如の未然防止を図るよう努めるものとする。</p> <p>② 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員及び介護職員の配置数については、</p> <p>イ 人員基準上必要とされる員数から1割を超えて減少した場合にはその翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、単位ごとに利用者の全員について所定単位数が通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って減算する。</p> <p>ロ 1割の範囲内で減少した場合には、その翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、単位ごとに利用者等の全員について所定単位数が通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って減算される（ただし、翌月の末日において人員基準を満たすに至っている場合を除く。）。</p> <p>③ 都道府県知事は、著しい人員基準欠如が継続する場合には、職員の増員、利用定員等の見直し、事業の休止等を指導すること。当該指導に従わない場合には、特別な事情がある場合をのぞき、指定の取消しを検討するものとする。</p>			
<p align="center">(介護予防)「平成12年厚生省告示第27号」</p>	<p align="center">(介護予防)「老計発第0317001号」 第2の6(15)</p>			
<p>十六 厚生労働大臣が定める利用者の数の基準及び医師等の員数の基準並びに介護予防通所リハビリテーション費の算定方法</p> <p>イ 指定介護予防通所リハビリテーションの月平均の利用者の数（指定介護予防通所リハビリテーション事業者が指定通所リハビリテーション事業者の指定を併せて受け、かつ、指定介護予防通所リハビリテーションの事業と指定通所リハビリテーションの事業とが同一の事業所において一体的に運営されている場合にあっては、指定介護予防通所リハビリテーションの利用者の数及び指定通所リハビリテーションの利用者の数の合計数）が次の表の上欄に掲げる基準に該当する場合における介護予防通所リハビリテーション費については、同表の下欄に掲げるところにより算定する。</p> <table border="1" data-bbox="137 1727 778 1921"> <tr> <td align="center">厚生労働大臣が定める利用者の数の基準</td> </tr> <tr> <td>施行規則第140条の9の規定に基づき都道府県知事に提出した運営規程に定められている利用定員を超えること。</td> </tr> <tr> <td align="center">厚生労働大臣が定める介護予防通所リハビリテーション費の算定方法</td> </tr> </table>	厚生労働大臣が定める利用者の数の基準	施行規則第140条の9の規定に基づき都道府県知事に提出した運営規程に定められている利用定員を超えること。	厚生労働大臣が定める介護予防通所リハビリテーション費の算定方法	<p>上記以外の基本的な取扱いについては、通所リハビリテーションの取扱方針に従うこととする。</p>
厚生労働大臣が定める利用者の数の基準				
施行規則第140条の9の規定に基づき都道府県知事に提出した運営規程に定められている利用定員を超えること。				
厚生労働大臣が定める介護予防通所リハビリテーション費の算定方法				

<p>指定介護予防サービス介護給付費単位数表の所定単位数に百分の七十を乗じて得た単位数を用いて、指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の例により算定する。</p>	
<p>ロ 指定介護予防通所リハビリテーション事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員又は介護職員の員数が次の表の上欄に掲げる員数の基準に該当する場合における介護予防通所リハビリテーション費については、同表の下欄に掲げるところにより算定する。</p>	
<p>厚生労働大臣が定める医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員又は介護職員の員数の基準</p>	
<p>指定介護予防サービス基準第 117 条に定める員数を置いていないこと。</p>	
<p>厚生労働大臣が定める介護予防通所リハビリテーション費の算定方法</p>	
<p>指定介護予防サービス介護給付費単位数表の所定単位数に百分の七十を乗じて得た単位数を用いて、指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の例により算定する。</p>	

4 感染症等を理由とした利用者数の減少に対する取扱い（3%加算）

- ・ 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が生じ、当該月の利用者数の実績が前年度における月平均の利用者数よりも 100 分の 5 以上減少している場合に、届出した事業所において、利用者数が減少した月の翌々月から 3 月以内に限り、1 回につき所定単位数の 100 分の 3 に相当する単位数を所定単位数に加算する。

根拠法令等	
「厚生省告示第 19 号」 別表 7 注 2	「老企第 36 号」 第 2 の 8 (3)
<p>イからハまでについて、感染症又は災害（厚生労働大臣が認めるものに限る。）の発生を理由とする利用者数の減少が生じ、当該月の利用者数の実績が当該月の前年度における月平均の利用者数よりも 100 分の 5 以上減少している場合に、都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所において、指定通所リハビリテーションを行った場合には、利用者数が減少した月の翌々月から 3 月以内に限り、1 回につき所定単位数の 100 分の 3 に相当する単位数を所定単位数に加算する。ただし、利用者数の減少に対応するための経営改善に時間を要することその他の特別の事情があると認められる場合は、当該加算の期間が終了した月の翌々月から 3 月以内に限り、引き続き加算することができる。</p>	<p>（感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の取扱いについて）</p> <p>感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の基本報酬への加算の内容については、別途通知を参照すること。</p> <p>【参照】（参考通知）「通所介護等において感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の評価に係る基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和 3 年 3 月 16 日老認発 0316 第 4 号・老老発 0316 第 3 号）</p>

●介護保険最新情報 vol.94 1 「令和 3 年度介護報酬改定に関する Q&A (vol.1)」（令和 3 年 3 月 19 日）

3%加算及び規模区分の特例（利用延人員数の減少理由）	
<p>(問2)</p> <p>新型コロナウイルス感染症については、基本報酬への3%加算（以下「3%加算」という。）や事業所規模別の報酬区分の決定に係る特例（以下「規模区分の特例」という。）の対象となっているが、現に感染症の影響と想定される利用延人員数の減少が一定以上生じている場合にあっては、減少の具体的な理由（例えば、当該事業所の所在する地域に緊急事態宣言が発令されているか、当該事業所が都道府県、保健所を設置する市又は特別区からの休業の要請を受けているか、当該事業所において感染者が発生したか否か等）は問わないのか。</p>	<p>(答)</p> <p>対象となる旨を厚生労働省から事務連絡によりお知らせした感染症又は災害については、利用延人員数の減少が生じた具体的な理由は問わず、当該感染症又は災害の影響と想定される利用延人員数の減少が一定以上生じている場合にあっては、3%加算や規模区分の特例を適用することとして差し支えない。</p>
3%加算及び規模区分の特例（新型コロナウイルス感染症による休業要請時の取扱い）	
<p>(問3)</p> <p>各月の利用延人員数及び前年度の1月当たりの平均利用延人員数は、通所介護、地域密着型通所介護及び（介護予防）認知症対応型通所介護については、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成12年3月1日老企第36号）（以下「留意事項通知」という。）第2の7(4)及び(5)を、通所リハビリテーションについては留意事項通知第2の8(2)及び(8)を準用し算定することとなっているが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため、都道府県からの休業の要請を受けた事業所にあっては、休業要請に従って休業した期間を、留意事項通知の「正月等の特別な期間」として取り扱うことができるか。</p>	<p>(答)</p> <ul style="list-style-type: none"> 留意事項通知において「一月間（歴月）、正月等の特別な期間を除いて毎日事業を実施した月における平均利用延人員数については、当該月の平均利用延人員数に7分の6を乗じた数によるものとする。」としているのは、「正月等の特別な期間」においては、ほとんど全ての事業所がサービス提供を行っていないものと解されるためであり、この趣旨を鑑みれば、都道府県等からの休業の要請を受け、これに従って休業した期間や、自主的に休業した期間を「正月等の特別な期間」として取り扱うことはできない。 なお、通所介護、通所リハビリテーションにあっては、留意事項通知による、事業所規模区分の算定にあたっては、同様の取り扱いとすることとする。
3%加算及び規模区分の特例（加算算定延長の可否）	
<p>(問5)</p> <p>3%加算については、加算算定終了の前月においてもなお、利用延人員数が5%以上減少している場合は、加算算定の延長を希望する理由を添えて、加算算定延長の届出を行うこととなっているが、どのような理由があげられている場合に加算算定延長を認めることとすればよいのか。都道府県・市町村において、届出を行った通所介護事業所等の運営状況を鑑み、判断することとして差し支えないのか。</p>	<p>(答)</p> <p>通所介護事業等から、利用延人員数の減少に対応するための経営改善に時間を要すること等の理由が提示された場合においては、加算算定の延長を認めることとして差し支えない。</p>
3%加算及び規模区分の特例（規模区分の特例の年度内での算定可能回数）	
<p>(問7)</p> <p>規模区分の特例適用の届出は年度内に1度しか行うことができないのか。例えば、令和3年4月に利用延人員数が減少し、令和3年5月に規模区分の特例適用の届出を行い、令和3年6月から規模区分の特例を適用した場合において、令和3年6月に利用延人員数が回復し、令和3年7月をもって規模区分の特例の適用を終了した事業所があったとすると、当該事業所は令和3年度中に再び利用延人員数が減少した場合でも、再度特例の適用の届出を行うことができないのか。</p>	<p>(答)</p> <p>通所介護（大規模型Ⅰ、大規模型Ⅱ）、通所リハビリテーション事業所（大規模型Ⅰ、大規模型Ⅱ）については、利用延人員数の減少が生じた場合においては、感染症又は災害（規模区分の特例の対象となる旨を厚生労働省から事務連絡によりお知らせしたものに限る。）が別事由であるか否かに関わらず、年度内に何度でも規模区分の特例適用の届出及びその適用を行うことが可能である。また、同一のサービス提供月において、3%加算の算定と規模区分の特例の適用の</p>

<p>か。</p>	<p>両方を行うことはできないが、同一年度内に3%加算の算定と規模区分の特例の適用の両方を行うことは可能であり、例えば、以下も可能である。（なお、同時に3%加算の算定要件と規模区分の特例の適用要件のいずれにも該当する場合は、規模区分の特例を適用することとなっていることに留意すること。）</p> <ul style="list-style-type: none"> － 年度当初に3%加算算定を行った事業所について、3%加算算定終了後に規模区分の特例適用の届出及びその適用を行うこと。（一度3%加算を算定したため、年度内は3%加算の申請しか行うことができないということはない。） － 年度当初に規模区分の特例適用を行った事業所について、規模区分の特例適用終了後に3%加算算定の届出及びその算定を行うこと。（一度規模区分の特例を適用したため、年度内は規模区分の特例の適用しか行うことができないということはない。）
<p>3%加算及び規模区分の特例（届出がなされなかった場合の取扱い）</p>	
<p>(問 10)</p> <p>3%加算算定・規模区分の特例の適用に係る届出は、利用延人員数の減少が生じた月の翌月 15 日までに届出を行うこととされているが、同日までに届出がなされなかった場合、加算算定や特例の適用を行うことはできないのか。</p>	<p>(答)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 貴見のとおり。他の加算と同様、算定要件を満たした月（利用延人員数の減少が生じた月）の翌月 15 日までに届出を行わなければ、3%加算の算定や規模区分の特例の適用はできない。なお、例えば令和3年4月の利用延人員数の減少に係る届出を行わなかった場合、令和3年6月にこの減少に係る評価を受けることはできないが、令和3年5月以降に利用延人員数の減少が生じた場合は、減少が生じた月の翌月 15 日までに届出を行うことにより、令和3年7月以降において、加算の算定や規模区分の特例の適用を行うことができる。 ・ なお、令和3年2月の利用延人員数の減少に係る届出にあっては、令和3年4月1日までに行わせることを想定しているが、この届出については、新型コロナウイルス感染症による利用延人員数の減少に対応するものであることから、都道府県・市町村におかれてはこの趣旨を鑑み、届出の締切について柔軟に対応するようお願いしたい。
<p>3%加算及び規模区分の特例（いわゆる第 12 報を適用した場合の利用延人員数の算定）</p>	
<p>(問 11)</p> <p>「新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて（第 12 報）」（令和2年6月1日付厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室ほか事務連絡）（以下「第 12 報」という。）による特例を適用した場合、1月当たりの平均利用延人員数を算定するにあたっては、第 12 報における取扱いの適用後の報酬区分ではなく、実際に提供したサービス時間の報酬区分に基づき行うのか。</p>	<p>(答)</p> <p>「新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて（第 13 報）」（令和2年6月 15 日付厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室ほか事務連絡）問4でお示ししているとおりであり、貴見のとおり。</p>
<p>3%加算及び規模区分の特例（他事業所の利用者を受け入れた場合の利用延人員数の算定）</p>	
<p>(問 12)</p> <p>新型コロナウイルス感染症の影響による他の事業所の休業やサービス縮小等に伴って、当該事業所の利用者を臨時的に受け入れた結果、利用者数が増加した事業所もある。この</p>	<p>(答)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 差し支えない。本体通知においてお示ししているとおり、各月の利用延人員数及び前年度の1月当たりの平均利用延人員数の算定にあたっては、通所介護、地域密着型通所介護

<p>ような事業所にあつては、各月の利用延人員数及び前年度1月当たりの平均利用延人員数の算定にあたり、やむを得ない理由により受け入れた利用者について、その利用者を明確に区分した上で、平均利用延人員数に含まないこととしても差し支えないか。</p>	<p>及び（介護予防）認知症対応型通所介護については、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成12年3月1日老企第36号）（以下「留意事項通知」という。）第2の7(5)を、通所リハビリテーションについては留意事項通知第2の8(2)を準用することとしており、同項中の「災害その他やむを得ない理由」には新型コロナウイルス感染症の影響も含まれるものである。なお、新型コロナウイルス感染症の影響により休業やサービス縮小等を行った事業所の利用者を臨時的に受け入れた後、当該事業所の休業やサービス縮小等が終了してもなお受け入れを行った利用者が3%加算の算定や規模区分の特例を行う事業所を利用し続けている場合、当該利用者については、平均利用延人員数に含めることとする。</p> <ul style="list-style-type: none"> • また、通所介護、通所リハビリテーションにあつては、留意事項通知による事業所規模区分の算定にあつても、同様の取扱いとすることとする。
--	--

3%加算及び規模区分の特例（利用者又はその家族への説明・同意の取得）

<p>(問13) 3%加算や規模区分の特例を適用するにあたり、通所介護事業所等において利用者又はその家族への説明や同意の取得を行う必要はあるか。また、利用者又はその家族への説明や同意の取得が必要な場合、利用者又はその家族への説明を行ったことや、利用者又はその家族から同意を受けたことを記録する必要はあるか。</p>	<p>(答) 3%加算や規模区分の特例を適用するにあつては、通所介護事業所等が利用者又はその家族への説明や同意の取得を行う必要はない。なお、介護支援専門員が居宅サービス計画の原案の内容（サービス内容、サービス単位/金額等）を利用者又はその家族に説明し同意を得ることは必要である。</p>
---	---

3%加算及び規模区分の特例（適用対象者の考え方）

<p>(問14) 3%加算や規模区分の特例を適用する場合は、通所介護事業所等を利用する全ての利用者に対し適用する必要があるのか。</p>	<p>(答) 3%加算や規模区分の特例は、感染症や災害の発生を理由として利用延人員数が減少した場合に、状況に即した安定的なサービス提供を可能とする観点から設けられたものであり、この趣旨を鑑みれば、当該通所介護事業所等を利用する全ての利用者に対し適用することが適当である。</p>
--	---

●介護保険最新情報 vol.952 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(vol.3)」（令和3年3月26日）

3%加算及び規模区分の特例（3%加算年度内での算定可能回数）

<p>(問21) 新型コロナウイルス感染症の影響により利用延人員数が減少した場合、3%加算算定の届出は年度内に1度しか行うことができないのか。例えば、令和3年4月に利用延人員数が減少し、令和3年5月に3%加算算定の届出を行い、令和3年6月から3%加算を算定した場合において、令和3年6月に利用延人員数が回復し、令和3年7月をもって3%加算の算定を終了した事業所があつたとすると、当該事業所は令和3年度中に再び利用延人員数が減少した場合でも、再度3%加算を算定することはできないのか。</p>	<p>(答) 感染症や災害（3%加算の対象となる旨を厚生労働省から事務連絡によりお知らせしたものに限る。）によって利用延人員数の減少が生じた場合にあっては、基本的に一度3%加算を算定した際とは別の感染症や災害を事由とする場合のみ、再度3%加算を算定することが可能である。</p>
---	---

3%加算及び規模区分の特例（3%加算や規模区分の特例の終期）	
<p>（問 22）</p> <p>3%加算や規模区分の特例の対象となる感染症又は災害については、これが発生した場合、対象となる旨が厚生労働省より事務連絡で示されることとなっているが、対象となった後、同感染症又は災害による3%加算や規模区分の特例が終了する場合も事務連絡により示されるのか。</p>	<p>（答）</p> <ul style="list-style-type: none"> 新型コロナウイルス感染症による3%加算や規模区分の特例にかかる取扱いは、今後の感染状況等を踏まえ、厚生労働省にて終期を検討することとしており、追って事務連絡によりお示しする。 なお、災害については、これによる影響が継続する期間等は地域によって異なることも想定されることから、特例の終期については、厚生労働省から考え方をお示しする、又は基本的に都道府県・市町村にて判断する等、その在り方については引き続き検討を行った上で、お示ししていくこととする。

●介護保険最新情報 vol.1127「令和3年度介護報酬改定に関する Q&A(vol.13)」（令和5年2月15日）	
3%加算・規模区分の特例（3%加算・規模区分の特例の令和5年度の取扱い）	
<p>（問 1）</p> <p>新型コロナウイルス感染症は、3%加算や規模区分の特例の対象となる感染症とされている（※）が、令和5年度も引き続き同加算や特例の対象となる感染症と考えてよいか。</p> <p>（※）「通所介護等において感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の評価に係る基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和3年3月16日 日考認発 0316 第4号・老老発 0316 第3号）別紙 I</p>	<p>（答）</p> <p>新型コロナウイルス感染症は、令和5年度も引き続き同加算や特例の対象となる感染症である。なお、同年度中に同加算や特例の対象外とすることとする場合は、事務連絡によりお示しする。</p>
3%加算及び規模区分の特例（3%加算を令和4年度に算定した事業所の取扱い）	
<p>（問 2）</p> <p>令和4年度中の利用延人員数の減少に基づき3%加算を算定した事業所が、令和5年度に再び同加算を算定することはできるか。</p>	<p>（答）</p> <p>令和5年度においても算定可能である。この場合、令和5年度の同加算の算定に当たっては、減少月の利用延人員数が、令和4年度の1月当たりの平均利用延人員数から100分の5以上減少していることが必要である。算定方法の具体例は別添（※）を参照されたい。</p> <p>（※）257ページ参照</p>

5 理学療法士等体制強化加算

<ul style="list-style-type: none"> 1時間以上、2時間未満のリハビリテーションにおいて、理学療法士等を専従かつ常勤で2名以上配置すること。

根拠法令等	
「厚生省告示第19号」 別表7注3	「老企第36号」 第2の8(4)
イ(1)、ロ(1)及びハ(1)について、指定居宅サービス基準第111条に規定する配置基準を超えて、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚	（1時間以上2時間未満の指定通所リハビリテーションにおける理学療法士、作業療法士、又は言語聴覚士を専従かつ常勤で2名以上

<p>士を専従かつ常勤で2名以上配置している事業所については、1日につき30単位を所定単位数に加算する。</p>	<p>配置している事業所の加算の取り扱いについて)</p> <p>注3における「専従」とは、当該指定通所リハビリテーション事業所において行うリハビリテーションについて、当該リハビリテーションを実施する時間に専らその職務に従事していることで足りるものとする。</p>
--	--

<p>●介護保険最新情報 vol.69「平成21年4月改定関係Q&A(vol.1)」(平成21年3月23日)</p>	
<p>理学療法士等体制強化加算</p>	
<p>(問57) 理学療法士等体制強化加算について、常勤かつ専従2名以上の配置は通常の通所リハの基準に加えて配置が必要か。また、通所リハビリテーションの単位毎の配置が必要となるのか。</p>	<p>(答) 居宅基準上求められる配置数を含めて常勤かつ専従2名以上の配置を必要とするもの。</p>

6 延長サービスを行った場合の加算(延長加算)

- ・ 所要時間7時間以上8時間未満の通所リハビリテーションの前後に連続して通所リハビリテーションを行う場合について、6時間を限度として算定すること。

<p>根拠法令等</p>																			
<p>「厚生省告示第19号」 別表7注4</p>	<p>「老企第36号」 第2の8(5)</p>																		
<p>日常生活上の世話をを行った後に引き続き、所要時間7時間以上8時間未満の指定通所リハビリテーションを行った場合又は所要時間7時間以上8時間未満の指定通所リハビリテーションを行った後に引き続き日常生活上の世話をを行った場合であって、当該指定通所リハビリテーションの所要時間と当該指定通所リハビリテーションの前後に行った日常生活上の世話の所要時間を通算した時間が、8時間以上となった場合は、次に掲げる区分に応じ、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。</p> <table border="0"> <tr> <td>イ</td> <td>8時間以上9時間未満の場合</td> <td>50単位</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>9時間以上10時間未満の場合</td> <td>100単位</td> </tr> <tr> <td>ハ</td> <td>10時間以上11時間未満の場合</td> <td>150単位</td> </tr> <tr> <td>ニ</td> <td>11時間以上12時間未満の場合</td> <td>200単位</td> </tr> <tr> <td>ホ</td> <td>12時間以上13時間未満の場合</td> <td>250単位</td> </tr> <tr> <td>ヘ</td> <td>13時間以上14時間未満の場合</td> <td>300単位</td> </tr> </table>	イ	8時間以上9時間未満の場合	50単位	ロ	9時間以上10時間未満の場合	100単位	ハ	10時間以上11時間未満の場合	150単位	ニ	11時間以上12時間未満の場合	200単位	ホ	12時間以上13時間未満の場合	250単位	ヘ	13時間以上14時間未満の場合	300単位	<p>(7時間以上8時間未満の指定通所リハビリテーションの前後に連続して延長サービスを行った場合の加算(延長加算)の取扱い)</p> <p>① 当該加算は、所要時間7時間以上8時間未満の指定通所リハビリテーションの前後に連続して指定通所リハビリテーションを行う場合について、6時間を限度として算定されるものである。</p> <p>例えば、8時間の指定通所リハビリテーションの後に連続して2時間の延長サービスを行った場合や、8時間の指定通所リハビリテーションの前に連続して1時間、後に連続して1時間、合計2時間の延長サービスを行った場合には、2時間分の延長サービスとして100単位を算定する。</p> <p>② 当該加算は指定通所リハビリテーションと延長サービスを通算した時間が8時間以上の部分について算定されるものであるため、例えば、7時間の指定通所リハビリテーションの後に連続して2時間の延長サービスを行った場合には、指定通所リハビリテーションと延長サービスの通算時間は9時間であり、1時間分(=9時間-8時間)の延長サービスとして50単位を算定する。</p> <p>③ 延長加算は、実際に利用者に対して延長サービスを行うことが可能な体制にあり、かつ、実際に延長サービスを行った場合に算定されるものであるが、当該事業所の実情に応じて、適当数の従</p>
イ	8時間以上9時間未満の場合	50単位																	
ロ	9時間以上10時間未満の場合	100単位																	
ハ	10時間以上11時間未満の場合	150単位																	
ニ	11時間以上12時間未満の場合	200単位																	
ホ	12時間以上13時間未満の場合	250単位																	
ヘ	13時間以上14時間未満の場合	300単位																	

	業者を置いていることが必要である。
--	-------------------

●介護保険最新情報 vol.267「平成24年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.1)」(平成24年3月16日)

延長加算

(問61) 延長加算の所要時間はどのように算定するのか。	(答) 延長加算は、実際に利用者に対して延長サービスを行うことが可能な事業所において、実際に延長サービスを行ったときに、当該利用者について算定できる。 通所サービスの所要時間と延長サービスの所要時間の通算時間が、例えば通所介護の場合であれば9時間以上となるときに1時間ごとに加算としているが、ごく短時間の延長サービスを算定対象とすることは当該加算の趣旨を踏まえれば不適切である。
---------------------------------	---

●介護保険最新情報 vol.454「平成27年度介護報酬改定に関するQ&A」(平成27年4月1日)

延長加算の見直し

(問56) 9時間の通所介護等の前後に送迎を行い、居宅内介助等を実施する場合も延長加算は算定可能か。	(答) 延長加算については、算定して差し支えない。
(問57) 宿泊サービスを利用する場合等については延長加算の算定が不可とされたが、指定居宅サービス等基準第96条第3項第2号に規定する利用料は、宿泊サービスとの区分がされていれば算定することができるか。	(答) 通所介護等の営業時間後に利用者を宿泊させる場合には、別途宿泊サービスに係る利用料を徴収していることから、延長に係る利用料を徴収することは適当ではない。
(問58) 通所介護等の利用者が自宅には帰らず、別の宿泊場所に行くまでの間、延長して介護を実施した場合、延長加算は算定できるか。	(答) 算定できる。
(問59) 「宿泊サービス」を利用した場合には、延長加算の算定はできないこととされているが、以下の場合には算定可能か。 ① 通所介護事業所の営業時間の開始前に延長サービスを利用した後、通所介護等を利用しその当日より宿泊サービスを利用した場合 ② 宿泊サービスを利用した後、通所介護サービスを利用し通所介護事業所の営業時間の終了後に延長サービスを利用した後、自宅に帰る場合	(答) 同一日に宿泊サービスの提供を受ける場合は、延長加算を算定することは適当ではない。

●介護保険最新情報 vol.952「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.3)」(令和3年3月26日)

延長加算

(問27) 所要時間が8時間未満の場合でも、延長加算を算定することはできるか。	(答) 延長加算は、所要時間8時間以上9時間未満の指定通所介護等を行った後に引き続き日常生活上の世話を行った場合等に算定するものであることから、算定できない。
--	--

<p>(問 28) サービス提供時間の終了後から延長加算に係るサービスが始まるまでの間はどのような人員配置が必要となるのか。</p>	<p>(答) 延長加算は、所要時間8時間以上9時間未満の指定通所介護等を行った後に引き続き日常生活上の世話を行った場合等に算定するものであることから、例えば通所介護等のサービス提供時間を8時間30分とした場合、延長加算は8時間以上9時間未満に引き続き、9時間以上から算定可能である。サービス提供時間終了後に日常生活上の世話をする時間帯(9時間に到達するまでの30分及び9時間以降)については、サービス提供時間ではないことから、事業所の実情に応じて適当数の人員を配置していれば差し支えないが、安全体制の確保に留意すること。</p>
<p>延長サービスに係る利用料</p>	
<p>(問 29) 延長サービスに係る利用料はどのような場合に徴収できるのか。</p>	<p>(答) 通常要する時間を超えた場合の延長サービスに係る利用料については、サービス提供時間が9時間未満である場合において行われる延長サービスやサービス提供時間が14時間以上において行われる延長サービスについて徴収できるものである。また、サービス提供時間が14時間未満である場合において行われる延長サービスについて、延長加算にかえて徴収することができる。(同一時間帯について延長加算に加えて利用料を上乘せして徴収することはできない。)なお、当該延長加算を算定しない場合においては、延長サービスに係る届出を行う必要はない。</p> <p>(参考) 延長加算及び延長サービスに係る利用料徴収の例</p> <p>① サービス提供時間が8時間であって、6時間延長サービスを実施する場合 →8時間までの間のサービス提供に係る費用は、所要時間区分が8時間以上9時間未満の場合として算定し、9時間以降14時間までの間のサービス提供に係る費用は、延長加算を算定する。</p> <p>② サービス提供時間が8時間であって、7時間延長サービスを実施する場合 →8時間までの間のサービス提供に係る費用は、所要時間区分が8時間以上9時間未満の場合として算定し、9時間以降14時間までの間のサービス提供に係る費用は、延長加算を算定し、14時間以降15時間までの間のサービス提供に係る費用は、延長サービスに係る利用料として徴収する。</p>

7 リハビリテーション提供体制加算

- 常時、当該事業所に配置されているPT、OT又はSTの合計数が、事業所の利用者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であること。

根拠法令等

「厚生省告示第19号」 別表7注5

「老企第36号」 第2の8(6)

<p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所については、リハビリテーション提供体制加算として、通所リハビリテーション計画に位置付けられた内容の指定通所リハビリテーションを行うのに要する標準的な時間に応じ、それぞれ次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">イ 所要時間 3 時間以上 4 時間未満の場合</td> <td style="text-align: right;">1 2 単位</td> </tr> <tr> <td>ロ 所要時間 4 時間以上 5 時間未満の場合</td> <td style="text-align: right;">1 6 単位</td> </tr> <tr> <td>ハ 所要時間 5 時間以上 6 時間未満の場合</td> <td style="text-align: right;">2 0 単位</td> </tr> <tr> <td>ニ 所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合</td> <td style="text-align: right;">2 4 単位</td> </tr> <tr> <td>ホ 所要時間 7 時間以上の場合</td> <td style="text-align: right;">2 8 単位</td> </tr> </table> <p>※ 別に厚生労働大臣が定める基準（「厚生労働大臣が定める基準」平成 27 年厚生労働省告示第 95 号の二十四の三）</p> <p>通所リハビリテーション費におけるリハビリテーション提供体制加算の基準</p> <p>指定通所リハビリテーション事業所において、常時、当該事業所に配置されている理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の合計数が、当該事業所の利用者の数が 25 又はその端数を増すごとに 1 以上であること。</p>	イ 所要時間 3 時間以上 4 時間未満の場合	1 2 単位	ロ 所要時間 4 時間以上 5 時間未満の場合	1 6 単位	ハ 所要時間 5 時間以上 6 時間未満の場合	2 0 単位	ニ 所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合	2 4 単位	ホ 所要時間 7 時間以上の場合	2 8 単位	<p>（リハビリテーション提供体制加算について）</p> <p>「当該事業所の利用者の数」とは、指定通所リハビリテーション事業者と指定介護予防通所リハビリテーション事業者の指定を併せて受け、指定通所リハビリテーションの事業と指定介護予防通所リハビリテーションの事業とが同一の事業所において一体的に運営されている場合にあつては、指定通所リハビリテーションの利用者数と指定介護予防通所リハビリテーションの利用者数の合計をいう。</p>
イ 所要時間 3 時間以上 4 時間未満の場合	1 2 単位										
ロ 所要時間 4 時間以上 5 時間未満の場合	1 6 単位										
ハ 所要時間 5 時間以上 6 時間未満の場合	2 0 単位										
ニ 所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合	2 4 単位										
ホ 所要時間 7 時間以上の場合	2 8 単位										

●介護保険最新情報 vol.649「平成 30 年度介護報酬改定に関する Q&A (vol.3)」（平成 30 年 4 月 13 日）	
リハビリテーション提供体制加算	
<p>(問2)</p> <p>リハビリテーション提供体制加算の算定要件は、「指定通所リハビリテーション事業所において、常時、当該事業所に配置されている理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の合計数が、当該事業所の利用者の数が 25 又はその端数を増すごとに 1 以上であること。」とされているが、ケアプランにおいて位置付けられた通所リハビリテーションのサービス提供時間帯を通じて、理学療法士等の合計数が利用者数に対して 25：1 いれば良いということか。</p>	<p>(答)</p> <p>貴見のとおり。</p>

8 入浴介助加算

<ul style="list-style-type: none"> ・ 通所リハビリテーション計画上、入浴の提供が位置付けられている利用者に対して、現に入浴介助を行った場合に加算を算定すること。 ・ 入浴を実施した場合は、確認できる記録を残すこと。 <p>【指導事例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 入浴サービスを実施したにもかかわらず、記録が残されていなかった。
--

根拠法令等

「厚生省告示第19号」 別表7注7	「老企第36号」 第2の8(10)
<p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出て当該基準による入浴介助を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1日につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。</p> <p>イ 入浴介助加算(Ⅰ) 40単位</p> <p>ロ 入浴介助加算(Ⅱ) 60単位</p> <p>※ 別に厚生労働大臣が定める基準(「厚生労働大臣が定める基準」平成27年厚生省告示第95号の二十四の四)</p> <p>通所リハビリテーション費における入浴介助加算の基準</p> <p>イ 入浴介助加算(Ⅰ) 入浴介助を適切に行うことができる入浴設備を有して行われる入浴介助であること。</p> <p>ロ 入浴介助加算(Ⅱ) 次のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) イに掲げる基準に適合すること。</p> <p>(2) 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員その他の職種の者(以下この号において「医師等」という。)が利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価していること。当該訪問において、当該居宅の浴室が、当該利用者自身又はその家族等の介助により入浴を行うことが難しい環境にあると認められる場合は、訪問した医師等が、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員又は指定福祉用具貸与事業所若しくは指定特定福祉用具販売事業所の福祉用具専門相談員と連携し、福祉用具の貸与若しくは購入又は住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行うこと。</p> <p>(3) 当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、医師との連携の下で、利用者の身体の状態、訪問により把握した当該利用者の居宅の浴室の環境等を踏まえて個別の入浴計画を作成すること。</p> <p>(4) (3)の入浴計画に基づき、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境で、入浴介助を行うこと。</p>	<p>(入浴介助加算について)</p> <p>ア 入浴介助加算(Ⅰ)について</p> <p>① 入浴介助加算(Ⅰ)は、入浴中の利用者の観察を含む介助を行う場合について算定されるものである(大臣基準告示24の4)が、この場合の「観察」とは、自立生活支援のための見守り的援助のことであり、利用者の自立支援や日常生活動作能力などの向上のために、利用者自身の力で入浴し、必要に応じて介助、転倒予防のための声かけ、気分の確認などを行うことにより、結果として、身体に直接接触する介助を行わなかった場合についても、加算の対象となるものであること。なお、この場合の入浴には、利用者の自立生活を支援する上で最適と考えられる入浴手法が、部分浴(シャワー浴)や清拭である場合は、これを含むものとする。</p> <p>② 通所リハビリテーション計画上、入浴の提供が位置付けられている場合に、利用者側の事情により、入浴を実施しなかった場合については、算定できない。</p> <p>イ 入浴介助加算(Ⅱ)について</p> <p>① ア①及び②を準用する。なお、ア①の「入浴介助加算(Ⅰ)」は、「入浴介助加算(Ⅱ)」に読み替えるものとする。</p> <p>② 入浴介助加算(Ⅱ)は、利用者が居宅において、自身で又は家族若しくは居宅で入浴介助を行うことが想定される訪問介護員等(以下、「家族・訪問介護員等」という。)の介助によって入浴ができるようになることを目的とし、以下a～cを実施することを評価するものである。なお、入浴介助加算(Ⅱ)の算定に関係する者は、利用者の状態に応じ、自身で又は家族・訪問介護員等の介助により尊厳を保持しつつ入浴ができるようになるためには、どのような介護技術を用いて行うことが適切であるかを念頭に置いた上で、a～cを実施する。</p> <p>a 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護福祉士、介護支援専門員等(利用者の動作及び浴室の環境の評価を行うことができる福祉用具専門相談員を含む。)が利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価する。その際、当該利用者の居宅を訪問し評価した者が、入浴に係る適切な介護技術に基づいて、利用者の動作を踏まえ、利用者自身で又は家族・訪問介護員等の介助により入浴を行うことが可能であると判断した場合、指定通所リハビリテーション事業所に対しその旨情報共有する。また、当該利用者の居宅を訪問し評価した者が指定通所リハビリテーション事業所の従業員</p>

	<p>者以外の者である場合は、書面等を活用し、十分な情報共有を行うよう留意すること。</p> <p>(※) 当該利用者の居宅を訪問し評価した者が、入浴に係る適切な介護技術に基づいて、利用者の動作を踏まえ、利用者自身で又は家族・訪問介護員等の介助により入浴を行うことが難しいと判断した場合は、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員又は指定福祉用具貸与事業所若しくは指定特定福祉用具販売事業所の福祉用具専門相談員と連携し、利用者及び当該利用者を担当する介護支援専門員等に対し、福祉用具の貸与若しくは購入又は住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行う。</p> <p>b 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、医師との連携の下で、当該利用者の身体状況や訪問により把握した当該利用者の居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成する。なお、個別の入浴計画に相当する内容を通所リハビリテーション計画の中に記載する場合は、その記載をもって個別の入浴計画の作成に代えることができるものとする。</p> <p>c bの入浴計画に基づき、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境にて、入浴介助を行う。なお、この場合の「個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境」とは、手すりなど入浴に要する福祉用具等を活用し利用者の居宅の浴室の環境を個別に模したものと差し支えない。また、入浴介助を行う際は、関係計画等の達成状況や利用者の状態をふまえて、自身で又は家族・訪問介護員等の介助によって入浴することができるようになるよう、必要な介護技術の習得に努め、これを用いて行われるものであること。なお、必要な介護技術の習得にあたっては、既存の研修等を参考にすること。</p>
--	---

<p>●介護保険最新情報 vol. 974 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.8)」（令和3年4月26日）</p>	
<p>入浴介助加算（Ⅱ）について</p>	
<p>(問1) 入浴介助加算(Ⅱ)は、利用者が居宅において利用者自身で又は家族等の介助により入浴を行うことができるようになることを目的とするものであるが、この場合の「居宅」とはどのような場所が想定されるのか。</p>	<p>(答) ・ 利用者の自宅（高齢者住宅（居室内の浴室を使用する場合のほか、共同の浴室を使用する場合も含む。）を含む。）のほか、利用者の親族の自宅が想定される。なお、自宅に浴室がない等、具体的な入浴場面を想定していない利用者や、本人が希望する場所で入浴するには心身機能の大幅な改善が必要となる利用者にあつては、以下①～⑤をすべて満たすことにより、当面の目標として通所介護等での入浴の自立を図ることを目的として、同加算を算定することとしても差し支えない。 ① 通所介護等事業所の浴室において、医師、理学療法士、</p>

	<p>作業療法士、介護福祉士、介護支援専門員等（利用者の動作及び浴室の環境の評価を行うことができる福祉用具専門相談員、機能訓練指導員を含む。）が利用者の動作を評価する。</p> <p>② 通所介護等事業所において、自立して入浴することができるよう必要な設備（入浴に関する福祉用具等）を備える。</p> <p>③ 通所介護等事業所の機能訓練指導員等が共同して、利用者の動作を評価した者等との連携の下で、当該利用者の身体の状況や通所介護等事業所の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成する。なお、個別の入浴計画に相当する内容を通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって個別の入浴計画の作成に代えることができるものとする。</p> <p>④ 個別の入浴計画に基づき、通所介護等事業所において、入浴介助を行う。</p> <p>⑤ 入浴設備の導入や心身機能の回復等により、通所介護等以外の場面での入浴が想定できるようになっているかどうか、個別の利用者の状況に照らし確認する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ なお、通所リハビリテーションについても同様に取扱う。
<p>（問2） 入浴介助加算(Ⅱ)について、医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、介護支援専門員等（利用者の動作及び浴室の環境の評価を行うことができる福祉用具専門相談員、機能訓練指導員を含む。）が利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価することとなっているが、この他に評価を行うことができる者としてどのような者が想定されるか。</p>	<p>（答）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括支援センターの担当職員、福祉・住環境コーディネーター2級以上の者等が想定される。 ・ なお、通所リハビリテーションについても同様に取扱う。
<p>（問3） 入浴介助加算(Ⅱ)については、算定にあたって利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価することとなっているが、この評価は算定開始後も定期的に行う必要があるのか。</p>	<p>（答）</p> <p>当該利用者の身体状況や居宅の浴室の環境に変化が認められた場合に再評価や個別の入浴計画の見直しを行うこととする。</p>
<p>（問4） 入浴介助加算(Ⅱ)では、個別の入浴計画に基づき、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境にて、入浴介助を行うこととなっているが、この場合の入浴介助とは具体的にどのような介助を想定しているのか。</p>	<p>（答）</p> <p>利用者の入浴に係る自立を図る観点から、入浴に係る一連の動作のうち、利用者が自身の身体機能のみを活用し行うことができる動作については、引き続き実施できるよう見守りの援助を、介助を行う必要がある動作については、利用者の状態に応じた身体介助を行う。なお、入浴介助加算(Ⅱ)の算定にあたっての関係者は、利用者の尊厳の保持に配慮し、その状態に応じ、利用者自身で又は家族等の介助により入浴ができるようになるよう、常日頃から必要な介護技術の習得に努めるものとする。</p> <p><参考：利用者の状態に応じた身体介助の例></p> <ul style="list-style-type: none"> ※ 以下はあくまでも一例であり、同加算算定に当たって必ず実施しなければならないものではない。 ○ 座位保持ができるかつ浴槽をまたぐ動作が難しい利用者が浴槽に入入りする場合

	利用者の動作	介助者の動作
		シャワーチェア（座面の高さが浴槽の高さと同等のもの）、浴槽用手すり、浴槽内いすを準備する。
	シャワーチェアに座る。	
	シャワーチェアから腰を浮かせ、浴槽の縁に腰掛ける。	介助者は、利用者の足や手の動作の声かけをする。必要に応じて、利用者の上半身や下肢を支える。
	足を浴槽に入れる。	介助者は利用者の体を支え、足を片方ずつ浴槽に入れる動作の声かけをする。必要に応じて、利用者の上半身を支えたり、浴槽に足をいれるための持ち上げ動作を支える。
	ゆっくり腰を落とし、浴槽内いすに腰掛けて、湯船につかる。	声かけをし、必要に応じて、利用者の上半身を支える。
	浴槽用手すりにつかまって立つ。	必要に応じて、利用者の上半身を支える。
	浴槽の縁に腰掛け、浴槽用手すりをつかみ、足を浴槽から出す。	必要に応じて、浴槽台を利用し、利用者の上半身を支えたり、浴槽に足をいれるための持ち上げ動作を支える。
	浴槽の縁から腰を浮かせ、シャワーチェアに腰掛ける。	必要に応じて、利用者の上半身や下肢を支える。
	シャワーチェアから立ち上がる。	
<p>(問5)</p> <p>入浴介助加算(Ⅱ)については、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境(手すりなど入浴に要する福祉用具等を活用し利用者の居宅の浴室の環境を個別に模したもの)にて、入浴介助を行うこととなっているが、例えばいわゆる大浴槽に福祉用具等を設置すること等により利用者の居宅の浴室の状況に近い環境を再現することとしても差し支えないのか。</p>	<p>(答)</p> <p>例えば、利用者の居宅の浴室の手すりの位置や浴槽の深さ・高さ等にあわせて、可動式手すり、浴槽内台、すのこ等を設置することにより、利用者の居宅の浴室の状況に近い環境が再現されていれば、差し支えない。</p>	
<p>入浴介助加算(Ⅰ)及び(Ⅱ)</p>		
<p>(問6)</p> <p>同一事業所において、入浴介助加算(Ⅰ)を算定する者と入浴介助加算(Ⅱ)を算定する者が混在しても差し支えないか。また、混在しても差し支えない場合、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準、指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準、指定介護予防サービスに</p>	<p>(答)</p> <p>前段については、差し支えない。後段については、「加算Ⅱ」と記載させることとする。(「加算Ⅱ」と記載した場合であっても、入浴介助加算(Ⅰ)を算定することは可能である。)</p>	

要する費用の額の算定に関する基準、指定介護予防支援に要する費用の額の算定に関する基準、指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う介護給付費算定に係る体制等に関する届出等における留意点について」(平成12年3月8日老企第41号)に定める「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(居宅サービス・施設サービス・居宅介護支援)」等はどのように記載させればよいか。

9 リハビリテーションマネジメント加算

※算定に当たっては、告示及び通知を参照し、要件を充足しているか確認すること。

(参考) 令和3年3月16日付老認発0316第3号老老発0316第2号厚生労働省認知症施策・地域介護推進課長厚生労働省老健局老人保健課長通知

○ 加算(A)イ

- ①医師は、リハビリテーションの実施に当たり、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか1以上の指示をPT、OT又はSTに行うこと。さらに、医師の指示内容を記録すること。
- ②リハビリテーション会議を開催し、利用者の状況等を構成員と共有し、会議内容を記録すること。
- ③時期に応じてリハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、通所リハビリテーション計画を見直していること。
- ④PT、OT又はSTが、介護支援専門員に対し、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと。
- ⑤PT、OT又はSTが(指定居宅サービスの従業者と)、利用者の居宅を訪問し、その家族(当該従業者)に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。
- ⑥リハビリテーション計画について、計画作成に関与したPT、OT又はSTが利用者又はその家族に対して説明し、同意を得るとともに、医師に報告すること。

○ 加算(A)ロ

- ・加算(A)イの要件をすべて満たしていること。
- ・利用者毎の通所リハビリテーション計画等の内容に関するデータを、厚生労働省に提出し、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

○ 加算(B)イ

- ・加算(A)イの①～⑤の要件を満たしていること。
- ・リハビリテーション計画について、医師が利用者又はその家族に対して説明し、同意を得ること。

○ 加算(B)ロ

- ・加算(B)イの要件をすべて満たしていること。
- ・利用者毎の通所リハビリテーション計画等の内容に関するデータを、厚生労働省に提出し、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

【指導事例】

- 各加算の要件をすべて満たしていないにもかかわらず加算を算定していた。

根拠法令等	
「厚生省告示第19号」 別表7注8	「老企第36号」 第2の8(11)
<p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が共同し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合は、リハビリテーションマネジメント加算として、次に掲げる区分に応じ、1月につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。</p> <p>イ リハビリテーションマネジメント加算(A)イ</p> <p>(1) 通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合 560単位</p> <p>(2) 当該日の属する月から起算して6月を超えた期間のリハビリテーションの質を管理した場合 240単位</p> <p>ロ リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ</p> <p>(1) 通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合 593単位</p> <p>(2) 当該日の属する月から起算して6月を超えた期間のリハビリテーションの質を管理した場合 273単位</p> <p>ハ リハビリテーションマネジメント加算(B)イ</p> <p>(1) 通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合 830単位</p> <p>(2) 当該日の属する月から起算して6月を超えた期間のリハビリテーションの質を管理した場合 510単位</p> <p>ニ リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ</p> <p>(1) 通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合 863単位</p> <p>(2) 当該日の属する月から起算して6月を超えた期間のリハビリ</p>	<p>(リハビリテーションマネジメント加算について)</p> <p>① リハビリテーションマネジメント加算は、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として実施されるものであり、リハビリテーションの質の向上を図るため、利用者の状態や生活環境等を踏まえた多職種協働による通所リハビリテーション計画の作成、当該計画に基づく適切なリハビリテーションの提供、当該提供内容の評価とその結果を踏まえた当該計画の見直し等といったSPDCAサイクルの構築を通じて、継続的にリハビリテーションの質の管理を行った場合に加算するものである。</p> <p>② 「リハビリテーションの質の管理」とは、生活機能の維持又は向上を目指すに当たって、心身機能、個人として行うADLやIADLといった活動をするための機能、家庭での役割を担うことや地域の行事等に関与すること等といった参加をするための機能について、バランス良くアプローチするリハビリテーションが提供できているかを管理することをいう。</p> <p>③ 本加算は、SPDCAサイクルの構築を通じて、継続的にリハビリテーションの質の管理を行った場合に加算するものであることから、当該SPDCAサイクルの中で通所リハビリテーション計画を、新規に作成し直すことは想定しておらず、利用者の状態に応じて適切に当該計画の見直しが行われるものである。</p> <p>したがって、「同意」とは、本加算を取得するに当たって初めて通所リハビリテーション計画を作成して得られた同意をいい、当該計画の見直しの同意とは異なることに留意すること。</p> <p>④ 注8イに規定するリハビリテーションマネジメント加算(A)イ(1)、注8ロに規定するリハビリテーションマネジメント加算(A)ロ(1)、注8ハに規定するリハビリテーションマネジメント加算(B)イ(1)又は注8ニに規定するリハビリテーションマネジメント加算(B)ロ(1)を取得後は、注8イに規定するリハビリテーションマネジメント加算(A)イ(2)、注8ロに規定するリハビリテーションマネジメント加算(A)ロ(2)、注8ハに規定するリハビリテーションマネジメント加算(B)イ(2)又は注8ニに規定するリハビリテーションマネジメント加算(B)ロ(2)を算定するものであることに留意すること。</p> <p>ただし、当該期間以降であっても、リハビリテーション会議を開催し、利用者の急性増悪等により引き続き月に1回以上、当該</p>

<p>リテーションの質を管理した場合 543単位</p> <p>※ 別に厚生労働大臣が定める基準（「厚生労働大臣が定める基準」平成27年厚生労働省告示第95号の二十五）</p> <p>通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算の基準</p> <p>イ リハビリテーションマネジメント加算(A)イ 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 指定通所リハビリテーション事業所の医師が、指定通所リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか以上の指示を行うこと。</p> <p>(2) (1)における指示を行った医師又は当該指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、当該指示の内容が(1)に掲げる基準に適合するものであると明確にわかるように記録すること。</p> <p>(3) リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録すること。</p> <p>(4) 通所リハビリテーション計画（指定居宅サービス等基準第150条第1項に規定する通所リハビリテーション計画をいう。以下同じ。）について、当該計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得るとともに、説明した内容等について医師へ報告すること。</p> <p>(5) 通所リハビリテーション計画の作成に当たって、当該計画の同意を得た日の属する月から起算して六月以内の場合にあっては1月に1回以上、6月を超えた場合にあっては3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、通所リハビリテーション計画を見直していること。</p> <p>(6) 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと。</p> <p>(7) 次のいずれかに適合すること。</p>	<p>会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、当該計画を見直していく必要性が高いことを利用者又は家族並びに構成員が合意した場合、リハビリテーションマネジメント加算(A)イ(1)又はロ(1)若しくは(B)イ(1)又はロ(1)を再算定できるものであること。</p> <p>⑤ リハビリテーション会議の構成員である医師の当該会議への出席については、テレビ電話等情報通信機器を使用してもよいこととする。なお、テレビ電話等情報通信機器を使用する場合には、当該会議の議事に支障のないよう留意すること。</p> <p>⑥ リハビリテーション会議の開催頻度について、指定通所リハビリテーションを実施する指定通所リハビリテーション事業所若しくは指定介護予防通所リハビリテーションを実施する指定介護予防通所リハビリテーション事業所並びに当該事業所の指定を受けている保険医療機関において、算定開始の月の前月から起算して前24月以内に介護保険または医療保険のリハビリテーションに係る報酬の請求が併せて6月以上ある利用者については、算定当初から3月に1回の頻度でよいこととする。</p> <p>⑦ 大臣基準告示第25号ロ(2)及びニ(2)規定する厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム(LIFE)関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。</p> <p>サービスの質の向上を図るため、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、SPDCAサイクルにより、サービスの質の管理を行うこと。</p> <p>提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。</p> <p>【参照】（参考通知）「科学的介護情報システム(LIFE)関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和3年3月16日老老発0316第4号）</p>
--	---

(一) 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、居宅サービス計画に位置付けた指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者と指定通所リハビリテーションの利用者の居宅を訪問し、当該従業者に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。

(二) 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、指定通所リハビリテーションの利用者の居宅を訪問し、その家族に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。

(8) (1)から(7)までに掲げる基準に適合することを確認し、記録すること。

ロ リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) イ(1)から(8)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。

(2) 利用者ごとの通所リハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

ハ リハビリテーションマネジメント加算(B)イ 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) イ(1)から(3)まで及び(5)から(7)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。

(2) 通所リハビリテーション計画について、当該指定通所リハビリテーション事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ること。

(3) (1)及び(2)に掲げる基準に適合することを確認し、記録すること。

ニ リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) ハ(1)から(3)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。

(2) 利用者ごとの通所リハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

●介護制度改革 information vol.78「平成 18 年 4 月改定関係 Q&A(vol.1)」(平成 18 年 3 月 22 日)

リハビリテーションマネジメント加算

<p>(問 54)</p> <p>リハビリテーションマネジメント加算を算定するに当たっては、理学療法士等の配置は基準を満たしていれば問題ないか。</p>	<p>(答)</p> <p>リハビリテーションマネジメントについては、体制よりもプロセスを重視する観点から加算を行うものであり、要件にあるプロセスを適切に踏んでいれば、算定可能である。</p>
--	--

●介護保険最新情報 vol.267「平成 24 年度介護報酬改定に関する Q&A (vol.1)」(平成 24 年 3 月 16 日)

リハビリテーションマネジメント加算	
<p>(問 76)</p> <p>入院等の理由により、通所リハビリテーションの利用が中断された後、再度、通所リハビリテーションを利用する場合にあっては、再度、利用者の居宅への訪問は必要か。</p>	<p>(答)</p> <p>通所リハビリテーションの利用再開後にリハビリテーションマネジメント加算を算定する場合に必ずしも利用者の居宅を訪問する必要はないが、利用者の状態や居宅の状況に変化がある場合は、必要に応じて利用者の居宅への訪問する必要があることが望ましい。</p>

●介護保険最新情報 vol.629「平成 30 年度介護報酬改定に関する Q&A (vol.1)」(平成 30 年 3 月 23 日)

リハビリテーションマネジメント加算	
<p>(問 52)</p> <p>リハビリテーションの実施に当たり、医師の指示が求められているが、医師がリハビリテーション実施の当日に指示を行わなければならないか。</p>	<p>(答)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・毎回のリハビリテーションは、医師の指示の下、行われるものであり、当該の指示は利用者の状態等を踏まえて適時適切に行われることが必要であるが、必ずしも、リハビリテーションの提供の日の度に、逐一、医師が理学療法士等に指示する形のみを求めるものではない。 ・例えば、医師が状態の変動の範囲が予想できると判断した利用者について、適当な期間にわたり、リハビリテーションの指示を事前に出しておき、リハビリテーションを提供した理学療法士等の記録等に基づいて、必要に応じて適宜指示を修正する等の運用でも差し支えない。

●介護保険最新情報 vol. 948「令和 3 年度介護報酬改定に関する Q&A (vol.2)」(令和 3 年 3 月 23 日)

リハビリテーションマネジメント加算	
<p>(問 1)</p> <p>リハビリテーションマネジメント加算(A)及び(B)の算定要件について、「リハビリテーション計画について、利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ること」とあるが、当該説明等は利用者又は家族に対して、電話等による説明でもよいのか。</p>	<p>(答)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者又はその家族に対しては、原則面接により直接説明することが望ましいが、遠方に住む等のやむを得ない理由で直接説明できない場合は、電話等による説明でもよい。 ・ただし、利用者に対する同意については、書面等で直接行うこと。
<p>(問 2)</p> <p>リハビリテーションマネジメント加算(A)及び(B)の算定要件について、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者の居宅を訪問し、その他指定居宅サービス従業者あるいは利用者の家族に対し指導や助言することとなっているが、その訪問頻度はどの程度か。</p>	<p>(答)</p> <p>訪問頻度については、利用者の状態等に応じて、通所リハビリテーション計画に基づき適時適切に実施すること。</p>
<p>(問 3)</p> <p>リハビリテーションマネジメント加算(A)及び(B)における理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による居宅への訪</p>	<p>(答)</p> <p>訪問時間は、通所リハビリテーション、病院、診療所及び介護老人保健施設、介護医療院の人員基準の算定に含めな</p>

<p>問時間は人員基準の算定外となるのか。</p>	<p>い。</p>
<p>(問4) 一事業所が、利用者によってリハビリテーションマネジメント加算(A)イ又はロ若しくは(B)イ又はロを取得することは可能か。</p>	<p>(答) 利用者の状態に応じて、一事業所の利用者ごとにリハビリテーションマネジメント加算(A)イ又はロ若しくは(B)イ又はロを取得することは可能である。</p>
<p>(問5) サービス提供を実施する事業者が異なる訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの利用者がおり、それぞれの事業所がリハビリテーションマネジメント加算(A)又は(B)を取得している場合、リハビリテーション会議を通じてリハビリテーション計画を作成する必要があるが、当該リハビリテーション会議を合同で開催することは可能か。</p>	<p>(答) 居宅サービス計画に事業者の異なる訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの利用者が位置づけられている場合であって、それぞれの事業者が主体となって、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、リハビリテーション計画を作成等するのであれば、リハビリテーション会議を合同で会議を実施しても差し支えない。</p>
<p>(問6) 「リハビリテーションマネジメント加算等に関する基本的な考え方並びにリハビリテーション計画書等の事務処理手順及び様式例の提示について」に示されたリハビリテーション計画書の様式について、所定の様式を活用しないとリハビリテーションマネジメント加算や移行支援加算等を算定することができないのか。</p>	<p>(答) 様式は標準例をお示ししたものであり、同様の項目が記載されたものであれば、各事業所で活用されているもので差し支えない。</p>
<p>(問7) リハビリテーションマネジメント加算(A)又は(B)の算定要件にあるリハビリテーション会議の開催頻度を満たすことができなかった場合、当該加算は取得できないのか。</p>	<p>(答) <ul style="list-style-type: none"> ・ リハビリテーションマネジメント加算(A)又は(B)の取得に当たっては、算定要件となっているリハビリテーション会議の開催回数を満たす必要がある。 ・ なお、リハビリテーション会議は開催したものの、構成員のうち欠席者がいた場合には、当該会議終了後、速やかに欠席者と情報共有すること。 </p>
<p>(問8) リハビリテーションマネジメント加算(B)の算定要件にある「医師が利用者またはその家族に対して説明し、利用者の同意を得ること」について、当該医師はリハビリテーション計画を作成した医師か、計画的な医学的管理を行っている医師のどちらなのか。</p>	<p>(答) リハビリテーション計画を作成した医師である。</p>
<p>(問9) リハビリテーションマネジメント加算(A)とリハビリテーションマネジメント加算(B)については、同時に取得することはできないが、月によって加算の算定要件の可否で加算を選択することは可能か。</p>	<p>(答) リハビリテーションマネジメント加算(A)とリハビリテーションマネジメント加算(B)については、同時に取得することはできないものの、いずれかの加算を選択し算定することは可能である。ただし、リハビリテーションマネジメント加算については、リハビリテーションの質の向上を図るため、SPDCA サイクルの構築を通じて、継続的にリハビリテーションの質の管理を行うものであることから、リハビリテーションマネジメント加算(B)が算定できる通所リハビリテーション計画を作成した場合は、継続的にリハビリテーションマネジメント加算(B)を、リハビリテーションマネジメント加算(A)が算定できる通所リハビリテーション計画を作成した場合は、継続的にリハビリテーションマネジメント加算(A)を、それぞれ取得することが望ましい。</p>
<p>(問10)</p>	<p>(答)</p>

<p>リハビリテーションマネジメント加算(A)及び(B)については、当該加算を取得するに当たって、初めて通所リハビリテーション計画を作成して同意を得た日の属する月から取得することとされているが、通所リハビリテーションの提供がない場合でも、当該月に当該計画の説明と同意のみを得れば取得できるのか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 取得できる。 • リハビリテーションマネジメント加算(A)及び(B)は、「通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月」から取得することとしているため、通所リハビリテーションの提供がなくても、通所リハビリテーションの提供開始月の前月に同意を得た場合は、当該月より取得が可能である。 • 訪問リハビリテーションにおいても同様に取り扱う。
<p>(問 11)</p> <p>同一利用者に対して、複数の事業所が別々に通所リハビリテーションを提供している場合、各々の事業者がリハビリテーションマネジメント加算の算定要件を満たしていれば、リハビリテーションマネジメント加算を各々算定できるか。</p>	<p>(答)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 事業所ごとに提供可能なサービスの種類が異なり、単一の事業所で利用者が必要とする理学療法、作業療法、言語聴覚療法のすべてを提供できない場合、複数の事業所で提供することが考えられる。例えば、脳血管疾患発症後であって、失語症を認める利用者に対し、1つの事業所がリハビリテーションを提供することとなったが、この事業所には言語聴覚士が配置されていないため、失語に対するリハビリテーションは別の事業所で提供されるというケースが考えられる。 • この場合、例えば、リハビリテーションマネジメント加算(A)であれば、リハビリテーション会議を通じて、提供可能なサービスが異なる複数の事業所を利用することを話し合った上で、通所リハビリテーション計画を作成し、その内容について利用者の同意を得る等、必要な算定要件を各々の事業者が満たしていれば、リハビリテーションマネジメント加算(A)の算定は可能である。 • リハビリテーションマネジメント加算(B)についても同様に取り扱う。
<p>(問 13)</p> <p>リハビリテーションマネジメント加算(B)の算定要件では、医師がリハビリテーション計画の内容について利用者又はその家族へ説明することとされている。</p> <p>リハビリテーション会議の構成員の参加については、テレビ電話装置等を使用しても差し支えないとされているが、リハビリテーション計画の内容について医師が利用者又はその家族へテレビ電話装置等を介して説明した場合、リハビリテーションマネジメント加算(B)の算定要件を満たすか。</p>	<p>(答)</p> <p>リハビリテーション会議の中でリハビリテーション計画の内容について利用者又はその家族へ説明する場合に限り満たす。</p>
<p>(問 14)</p> <p>リハビリテーションマネジメント加算におけるリハビリテーション会議の構成員の参加については、テレビ電話装置等を使用しても差し支えないとされているが、テレビ電話装置等の使用について、基本的には音声通話のみであるが、議事のなかで必要になった時に、リハビリテーション会議を実施している場の動画や画像を送る方法は含まれるか。</p>	<p>(答)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 含まれない。 • テレビ電話装置等の使用については、リハビリテーション会議の議事を円滑にする観点から、常時、医師とその他の構成員が動画を共有している必要がある。

<p>(問 15)</p> <p>令和3年3月以前にリハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)を算定している場合、令和3年4月からリハビリテーションマネジメント加算(A)口又は(B)口の算定の開始が可能か。</p>	<p>(答)</p> <p>リハビリテーションマネジメント加算(A)口及び(B)口については、令和3年4月以降に、リハビリテーション計画書を見直した上で「科学的介護情報システム (Long-term care Information system For Evidence) 」(「LIFE」)へ情報の提出を行い、リハビリテーションマネジメント加算(A)口又は(B)口の要件を満たした月から算定が可能である。</p>
<p>(問 16)</p> <p>訪問・通所リハビリテーションの利用開始時点でリハビリテーションマネジメント加算(A)及び(B) (令和3年3月以前ではリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)以上)を算定していない場合において、リハビリテーションマネジメント加算(A)及び(B)の算定を新たに開始することは可能か。</p>	<p>(答)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 初めてリハビリテーション計画を作成した際に、利用者とその家族に対し説明と同意を得ている場合は可能。 ・ なお、利用者の同意を得た日の属する月から6月間を超えてリハビリテーションマネジメント加算(A)又は(B)を取得する場合は、原則としてリハビリテーションマネジメント加算(A)イ(Ⅱ)若しくはロ(Ⅱ)又は(B)イ(Ⅱ)若しくはロ(Ⅱ)を取得することとなる。
<p>(問 31)</p> <p>リハビリテーションマネジメント加算(A)又はリハビリテーションマネジメント加算(B)は、多職種協働にて行うリハビリテーションのプロセスを評価する加算とされているが、PT、OT 等のリハビリテーション関係職種以外の者(介護職員等)が直接リハビリテーションを行っても良いか。</p>	<p>(答)</p> <p>通所リハビリテーション計画の作成や利用者の心身の状況の把握等については、多職種協働で行われる必要があるものの、診療の補助行為としての(医行為に該当する)リハビリテーションの実施は、PT、OT 等のリハビリテーション関係職種が行わなければならない。</p>
<p>(問 32)</p> <p>リハビリテーションマネジメント加算(A)イ(Ⅰ)又はロ(Ⅰ)を取得しなくなった場合であっても、その後、利用者の状態に応じてリハビリテーションマネジメント加算(A)を再度取得する必要が生じた際には、リハビリテーションマネジメント加算(A)イ(Ⅰ)又はロ(Ⅰ)から取得することができるのか。</p>	<p>(答)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ リハビリテーションマネジメント加算(A)イ(Ⅰ)又はロ(Ⅰ)を取得しなくなった場合において、利用者の同意を得た日の属する月から6月間を超えてリハビリテーションマネジメント加算(A)を再度取得する場合は、原則としてリハビリテーションマネジメント加算(A)イ(Ⅱ)又はロ(Ⅱ)を取得することとなる。 ・ ただし、リハビリテーション会議を開催し、利用者の急性増悪等により、当該会議を月に1回以上開催し、利用者の状態の変化に応じ、当該計画を見直していく必要性が高いことを利用者若しくは家族並びに構成員が合意した場合、リハビリテーションマネジメント加算(A)イ(Ⅰ)又はロ(Ⅰ)を再度6月間取得することができる。その際には、改めて居宅を訪問し、利用者の状態や生活環境についての情報収集(Survey)すること。
<p>(問 33)</p> <p>リハビリテーションマネジメント加算(A)イ(Ⅰ)又はロ(Ⅰ)取得中で、取得開始から6月間を超えていない場合であっても、リハビリテーションマネジメント加算(A)イ(Ⅱ)又はロ(Ⅱ)に変更して取得することは可能か。</p> <p>例えば、月1回のリハビリテーション会議の開催によりリハビリテーションマネジメント加算(A)イ(Ⅰ)又はロ(Ⅰ)を取得し2月間が経過した時点で、月1回のリハビリテーシ</p>	<p>(答)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ リハビリテーションマネジメント加算(A)は、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などの多職種が協働し通所リハビリテーション計画の作成を通じたリハビリテーションの支援方針やその方法の共有、利用者又はその家族に対する生活の予後や通所リハビリテーション計画等についての説明、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による居宅での生活の指導を行うことで、心身機能、活動、参加にバラ

<p>ン会議の開催が不要と通所リハビリテーション計画を作成した医師が判断した場合、3月日から3月に1回のリハビリテーション会議の開催によるリハビリテーションマネジメント加算(A)イ(Ⅱ)又はロ(Ⅱ)に変更して取得することはできないのか。</p>	<p>スよくアプローチするリハビリテーションを管理することを評価するものである。</p> <ul style="list-style-type: none"> リハビリテーションマネジメント加算(A)イ(Ⅰ)又はロ(Ⅰ)については、利用者の状態が不安定となりやすい時期において、集中的に一定期間(6月間)に渡ってリハビリテーションの管理を行うことを評価するものである。したがって、リハビリテーションマネジメント加算(A)イ(Ⅰ)又はロ(Ⅰ)を6月間取得した後に、リハビリテーションマネジメント加算(A)イ(Ⅱ)又はロ(Ⅱ)を取得すること。 リハビリテーションマネジメント加算(B)についても同様に扱う。
<p>(問 35)</p> <p>通所リハビリテーションのリハビリテーションマネジメント加算(A)及び(B)では、リハビリテーション会議の開催頻度について、リハビリテーション計画の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の場合にあっては1月に1回以上の開催が求められているが、「算定開始の月の前月から起算して前 24 月以内に介護保険または医療保険のリハビリテーションに係る報酬の請求が併せて6月以上ある利用者については、算定当初から3月に1回の頻度でよいこととする」とされている。</p> <p>上記の要件に該当している利用者におけるリハビリテーション会議の開催頻度についても、3月に1回として差し支えないか。</p>	<p>(答)</p> <p>差し支えない。</p> <p>《参考》</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護報酬通知(平 12 老企 36 号)第2の8・(11)・⑥ ⑥ リハビリテーション会議の開催頻度について、指定通所リハビリテーションを実施する指定通所リハビリテーション事業所若しくは指定介護予防通所リハビリテーションを実施する指定介護予防通所リハビリテーション事業所並びに当該事業所の指定を受けている保険医療機関において、算定開始の月の前月から起算して前 24 月以内に介護保険または医療保険のリハビリテーションに係る報酬の請求が併せて6月以上ある利用者については、算定当初から3月に1回の頻度でよいこととする。

<p>●介護保険最新情報 vol. 952 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.3) 」(令和3年3月26日)</p>	
<p>BarthellIndex の読み替えについて</p>	
<p>(問 19)</p> <p>科学的介護推進体制加算、ADL 維持等加算(Ⅰ)若しくは(Ⅱ)、自立支援促進加算、個別機能訓練加算(Ⅱ)、リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ若しくは(B)ロ、リハビリテーションマネジメント計画書情報加算又は理学療法若しくは作業療法及び言語聴覚療法に係る加算において、BarthellIndex (B I) のデータ提出に際して、老人保健健康増進等事業において一定の読み替え精度について検証されている ICF ステージングから読み替えたものを提出してもよいか。</p>	<p>(答)</p> <p>B I の提出については、通常、B I を評価する場合に相当する読み替え精度が内容の妥当性を含め客観的に検証された指標について、測定者が、</p> <ul style="list-style-type: none"> B I に係る研修を受け、 B I への読み替え規則を理解し、 読み替え精度等を踏まえ、必要に応じて、読み替えの際に、正確な B I を別途評価する等の対応を行い、提出することが必要である。

<p>●介護保険最新情報 vol. 965 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.5) 」(令和3年4月9日)</p>	
<p>科学的介護推進体制加算、個別機能訓練加算(Ⅱ)、リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ及び(B)ロ、リハビリテーションマネジメント計画書情報加算、理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算、褥瘡マネジメント加算、褥瘡対策指導管理(Ⅱ)、排せつ支援加算、自立支援促進加算、かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)、薬剤管理指導の注2の加算、栄養マネジメント強化加算、栄養アセスメント加算、口腔衛生管理加算(Ⅱ)、口腔機能向上加算(Ⅱ)について</p>	
<p>(問 4)</p>	<p>(答)</p>

<p>LIFEに提出すべき情報は「科学的介護情報システム(LIFE)関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(令和3年3月16日老老発0316第4号)の各加算の様式例において示されているが、利用者又は入所者の評価等に当たっては、当該様式例を必ず用いる必要があるのか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 「科学的介護情報システム(LIFE)関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(令和3年3月16日老老発0316第4号)においてお示しをしているとおり、評価等が算定要件において求められるものについては、それぞれの加算で求められる項目(様式で定められた項目)についての評価等が必要である。 ただし、同通知はあくまでもLIFEへの提出項目をお示ししたものであり、利用者又は入所者の評価等において各加算における様式と同一のものを用いることを求めるものではない。
---	---

10 短期集中個別リハビリテーション実施加算

<ul style="list-style-type: none"> 退院(所)日又は認定日から起算して3月以内の期間に、1週につきおおむね2日以上、1日当たり40分以上実施するものでなければならない。 認定日に係る起算日は、法第19条第1項に規定する要介護認定の効力が生じた日(当該利用者が新たに要介護認定を受けた者である場合に限る。)である。 <p>【指導事例】</p> <ul style="list-style-type: none"> 加算の起算日である退院日を誤って把握しており、算定期間が間違っていた。 おおむね週2日以上実施していないにもかかわらず、加算を算定している。

根拠法令等	
<p>「厚生省告示第19号」別表7注9</p> <p>医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者に対して、その退院(所)日又は認定日から起算して3月以内の期間に、個別リハビリテーションを集中的に行った場合、短期集中個別リハビリテーション実施加算として、1日につき110単位を所定単位数に加算する。ただし、注10又は注11を算定している場合は、算定しない。</p>	<p>「老企第36号」第2の8(1)</p> <p>(短期集中個別リハビリテーション実施加算について)</p> <p>① 短期集中リハビリテーション実施加算におけるリハビリテーションは、利用者の状態に応じて、基本的動作能力及び応用的動作能力を向上させ、身体機能を回復するための集中的なりハビリテーションを個別に実施するものであること。</p> <p>② 「個別リハビリテーションを集中的に行った場合」とは、退院(所)日又は認定日から起算して3月以内の期間に、1週につきおおむね2日以上、1日当たり40分以上実施するものでなければならない。</p>

●介護保険最新情報 vol.454「平成27年度介護報酬改定に関するQ&A」(平成27年4月1日)	
短期集中個別リハビリテーション実施加算	
(問98) 1月に算定できる上限回数はあるか。	(答) 短期集中個別リハビリテーション実施加算の上限回数は設定していない。

●介護保険最新情報 vol.471「平成27年度介護報酬改定に関するQ&A(vol.2)」(平成27年4月30日)	
短期集中リハビリテーション実施加算	
(問17)	(答)

<p>短期集中個別リハビリテーション実施加算の算定に当たっては、①本人の自己都合、②体調不良等のやむを得ない理由により、定められた実施回数、時間等の算定要件に適合しなかった場合はどのように取り扱うか。</p>	<p>短期集中個別リハビリテーション実施加算の算定に当たっては、正当な理由なく、算定要件に適合しない場合には、算定は認められない。算定要件に適合しない場合であっても、①やむを得ない理由によるもの（利用者の体調悪化等）、②総合的なアセスメントの結果、必ずしも当該目安を超えていない場合であっても、それが適切なマネジメントに基づくもので、利用者の同意を得ているもの（一時的な意欲減退に伴う回数調整等）であれば、リハビリテーションを行った実施日の算定は認められる。なお、その場合は通所リハビリテーション計画の備考欄等に、当該理由等を記載する必要がある。</p>
--	---

1.1 認知症短期集中リハビリテーション実施加算

- 認知症であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断されたものに対して、定められた期間内にリハビリテーションを集中的に行った場合に算定する。

根拠法令等	
「厚生省告示第19号」 別表7注10	「老企第36号」 第2の8(1)
<p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合し、かつ、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届出した指定通所リハビリテーション事業所において、認知症であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断されたものに対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、イについてはその退院（所）日又は通所開始日から起算して3月以内の期間に、ロについてはその退院（所）日又は通所開始日の属する月から起算して3月以内の期間にリハビリテーションを集中的に行った場合は、認知症短期集中リハビリテーション実施加算として、次に掲げる区分に応じ、イについては1日につき、ロについては1月につき、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定せず、短期集中個別リハビリテーション実施加算又は注11を算定している場合においては、算定しない。</p> <p>イ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ） 240単位</p> <p>ロ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ） 1,920単位</p> <p>※ 別に厚生労働大臣が定める基準（「厚生労働大臣が定める基準」</p>	<p>（認知症短期集中リハビリテーション実施加算について）</p> <p>① 認知症短期集中リハビリテーション実施加算におけるリハビリテーションは、認知症を有する利用者の認知機能や生活環境等を踏まえ、応用的動作能力や社会適応能力（生活環境又は家庭環境へ適応する等の能力をいう。以下同じ。）を最大限に活かしながら、当該利用者の生活機能を改善するためのリハビリテーションを実施するものであること。</p> <p>② 認知症短期集中リハビリテーション加算（Ⅰ）は、精神科医師若しくは神経内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を修了した医師により、認知症の利用者であって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、通所リハビリテーション計画に基づき、1週間に2日を限度として、20分以上のリハビリテーションを個別に実施した場合に算定できるものである。なお、当該リハビリテーションの提供時間が20分に満たない場合は、算定はできないこととする。</p> <p>③ 認知症短期集中リハビリテーション加算（Ⅱ）は、精神科医師若しくは神経内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を修了した医師により、認知症の利用者であって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、通所リハビリテーション計画に基づき、利用者の状態に応じて、個別又は集団によるリハビリテーションは、1月に8回以上実施する</p>

<p>平成27年厚生労働省告示第95号の二十七)</p> <p>通所リハビリテーション費における認知症短期集中リハビリテーション実施加算の基準</p> <p>イ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ) 1週間に2日を限度として個別にリハビリテーションを実施すること。</p> <p>ロ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 1月に4回以上リハビリテーションを実施すること。</p> <p>(2) リハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載された通所リハビリテーション計画を作成し、生活機能の向上に資するリハビリテーションを実施すること。</p> <p>(3) 通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算(A)イ又はロ若しくは(B)イ又はロのいずれかを算定していること。</p> <p>※ 別に厚生労働大臣が定める施設基準(「厚生労働大臣が定める施設基準」平成27年厚生労働省告示第96号の七)</p> <p>指定通所リハビリテーションにおける認知症短期集中リハビリテーション実施加算に係る施設基準</p> <p>イ リハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が適切に配置されていること。</p> <p>ロ リハビリテーションを行うに当たり、利用者数が理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数に対して適切なものであること。</p>	<p>ことが望ましいが、1月に4回以上実施した場合に算定できるものである。その際には、通所リハビリテーション計画にその時間、実施頻度、実施方法を定めたくうえで実施するものであること。</p> <p>④ 認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅱ)における通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、認知症を有する利用者の生活環境に対応したサービス提供ができる体制を整える必要があることから、利用者の生活環境をあらかじめ把握するため、当該利用者の居宅を訪問すること。</p> <p>⑤ 認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅱ)における通所リハビリテーション計画に従ったリハビリテーションの評価に当たっては、利用者の居宅を訪問し、当該利用者の居宅における応用的動作能力や社会適応能力について評価を行い、その結果を当該利用者とその家族に伝達すること。なお、当該利用者の居宅を訪問した際、リハビリテーションを実施することはできないことに留意すること。</p> <p>⑥ 本加算の対象となる利用者はMMS E (Mini Mental State Examination) 又はHDS-R (改訂長谷川式簡易知能評価スケール) においておおむね5点~25点に相当するものであること。</p> <p>⑦ 認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅱ)の算定に当たっては、リハビリテーションマネジメント加算の算定が前提となっていることから、当該加算の趣旨を踏まえてリハビリテーションを実施するよう留意すること。</p> <p>⑧ 本加算は、認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)についてはその退院(所)日又は通所開始日から起算して3月以内の期間に、認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)についてはその退院(所)日又は通所開始日の属する月から起算して3月以内の期間にリハビリテーションを集中的に行った場合に算定できることとしているが、当該利用者が過去3月の間に本加算を算定した場合には算定できないこととする。</p>
--	---

<p>●介護保険最新情報 vol.69「平成21年4月改定関係Q&A(vol.1)」(平成21年3月23日)</p>	
<p>認知症短期集中リハビリテーション実施加算</p>	
<p>(問 103)</p> <p>認知症短期集中リハビリテーション実施加算については、「過去三月の間に、当該リハビリテーション加算を算定していない場合に限り算定できる」とされているが、次の例の場合は算定可能か。</p> <p>・例1：A老健にて3ヶ月入所し、認知症短期集中リハビリテーションを施行した後、B老健に入所した場合のB老健における算定の可否。</p> <p>・例2：A老健にて3ヶ月入所し、認知症短期集中リハビリテーションを施行した後、退所し、B通所リハビリテーショ</p>	<p>(答)</p> <p>例1の場合は算定できない。</p> <p>例2の場合は算定可能であるが、A老健とB通所リハビリテーション事業所が同一法人である場合の扱いについては問104を参照されたい。</p>

ン事業所の利用を開始した場合のB通所リハビリテーション事業所における算定の可否。	
(問 104) 3月間の認知症短期集中リハビリテーションを行った後に、引き続き同一法人の他のサービスにおいて認知症短期集中リハビリテーションを実施した場合、算定は可能か。	(答) 同一法人の他のサービスにおいて実施した場合は算定できない。
(問 105) 3月間の実施期間中に入院等のために中断があり、再び同一事業所の利用を開始した場合、実施は可能か。	(答) 同一事業所の利用を再開した場合において、介護老人保健施設、介護療養型医療施設においては前回入所(院)した日から起算して3月、通所リハビリテーションにおいては前回退院(所)日又は前回利用開始日から起算して3月以内に限り算定できる。但し、中断前とは異なる事業所で中断前と同じサービスの利用を開始した場合においては、当該利用者が過去3月の間に、当該リハビリテーション加算を算定していない場合に限り算定できる。

●介護保険最新情報 vol.79「平成21年4月改定関係Q&A(vol.2)」(平成21年4月17日)

認知症短期集中リハビリテーション実施加算

(問 42) 認知症短期集中リハビリテーション実施中又は終了後3ヶ月に満たない期間に、脳血管疾患等の認知機能に直接影響を与える疾患を来し、その急性期の治療のために入院となった場合の退院後の取扱い如何。	(答) 認知症短期集中リハビリテーション実施中又は終了後3ヶ月に満たない期間に、脳血管疾患等の認知機能低下を来す中枢神経疾患を発症、その急性期に治療のために入院し、治療終了後も入院の原因となった疾患の発症前と比し認知機能が悪化しており、認知症短期集中リハビリテーションの必要性が認められる場合に限り、入院前に利用していたサービス、事業所に関わらず、介護老人保健施設、介護療養型医療施設においては入所(院)した日から起算して新たに3月、通所リハビリテーションにおいては利用開始日から起算して新たに3月以内に限り算定できる。
---	---

●介護保険最新情報 vol.454「平成27年度介護報酬改定に関するQ&A」(平成27年4月1日)

認知症短期集中リハビリテーション実施加算

(問 99) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)について、1月に4回以上のリハビリテーションの実施が求められているが、退院(所)日又は通所開始日が月途中の場合に、当該月に4回以上のリハビリテーションの実施ができなかった場合、当該月は算定できないという理解でよいか。	(答) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)は、認知症の利用者であって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、通所リハビリテーション計画に基づき、利用者の状態に応じて、個別又は集団によるリハビリテーションを1月に4回以上実施した場合に取得できることから、当該要件を満たさなかった月は取得できない。なお、本加算におけるリハビリテーションは、1月に8回以上実施することが望ましい。
(問 100) 通所リハビリテーションの認知症短期集中リハビリテーション実施加算の起算日について、「通所開始日」とは通所リハビリテーションの提供を開始した日と考えてよいか。	(答) 貴見のとおりである。
(問 101)	(答)

<p>認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）を算定していたが、利用者宅に訪問して指導する又は集団での訓練の方が利用者の状態に合っていると判断した場合、認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）に移行することができるか。</p>	<p>退院（所）日又は通所開始日から起算して3月以内であれば、移行できる。ただし、認知症短期集中リハビリテーション（Ⅱ）は月包括払いの報酬であるため、月単位での変更となることに留意されたい。</p>
---	---

<p>●介護保険最新情報 vol.471「平成27年度介護報酬改定に関するQ&A（vol.2）」（平成27年4月30日）</p>	
<p>認知症短期集中リハビリテーション実施加算</p>	
<p>（問19） 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）については、「1週に2日を標準」とあるが、1週2日の計画が作成されている場合で、やむを得ない理由がある時は、週1日でも算定可能か。</p>	<p>（答） 集中的なリハビリテーションの提供を目的とした加算であることから、1週に2日実施する計画を作成することが必要である。ただし、当初、週に2日の計画は作成したにも関わらず、①やむを得ない理由によるもの（利用者の体調変化で週1日しか実施できない場合等）や、②自然災害・感染症の発生等により、事業所が一時的に休業するため、当初予定していたサービスの提供ができなくなった場合であれば、算定できる。</p>
<p>（問20） 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）又は認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）について、通所リハビリテーション事業所に算定要件を満たす医師がおらず、算定要件を満たす外部の医師が情報提供を行った場合、算定は可能か。</p>	<p>（答） 算定できない。ただし、算定要件を満たす医師については必ずしも常勤である必要はない。</p>

<p>●介護保険最新情報 vol.629「平成30年度介護報酬改定に関するQ&A（vol.1）」（平成30年3月23日）</p>	
<p>認知症短期集中リハビリテーション実施加算</p>	
<p>（問67） 認知症短期集中リハビリテーション実施加算の要件である「認知症に対するリハビリテーションに関わる専門的な研修を終了した医師」の研修とは具体的に何か。</p>	<p>（答） 認知症に対するリハビリテーションに関する知識・技術を習得することを目的とし、認知症の診断、治療及び認知症に対するリハビリテーションの効果的な実践方法に関する一貫したプログラムを含む研修である必要がある。 例えば、全国老人保健施設協会が主催する「認知症短期集中リハビリテーション研修」、日本リハビリテーション病院・施設協会が主催する「認知症短期集中リハビリテーション研修会」、全国デイ・ケア協会が主催する「通所リハ認知症研修会」が該当すると考えている。また、認知症診療に習熟し、かかりつけ医への助言、連携の推進等、地域の認知症医療体制構築を担う医師の養成を目的として、都道府県等が実施する「認知症サポート医養成研修」修了者も本加算の要件を満たすものと考えている。</p>

12 生活行為向上リハビリテーション実施加算

- 生活行為の内容の充実を図るための目標と当該目標を踏まえた6月間のリハビリテーションの実施内容をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めた上で、計画的に実施すること。

根拠法令等	
「厚生省告示第19号」 別表7注11	「老企第36号」 第2の8(14)
<p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合し、かつ、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届出した指定通所リハビリテーション事業所が、生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、利用者に対して、リハビリテーションを計画的に行い、当該利用者の有する能力の向上を支援した場合は、生活行為向上リハビリテーション実施加算として、リハビリテーション実施計画に基づく指定通所リハビリテーションの利用を開始した日の属する月から起算して6月以内の期間に限り、1月につき1,250単位を所定単位数に加算する。ただし、短期集中個別リハビリテーション実施加算又は認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定している場合においては、算定しない。また、短期集中個別リハビリテーション実施加算又は認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定していた場合においては、利用者の急性増悪等によりこの加算を算定する必要性についてリハビリテーション会議（指定居宅サービス基準第80条第5号に規定するリハビリテーション会議をいう。）により合意した場合を除き、この加算は算定しない。</p> <p>※ 別に厚生労働大臣が定める基準（「厚生労働大臣が定める基準」平成27年厚生労働省告示第95号の二十八） 通所リハビリテーション費における生活行為向上リハビリテーション実施加算の基準 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>イ 生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識若しくは経験を有する作業療法士又は生活行為の内容の充実を図るための研修を修了した理学療法士若しくは言語聴覚士が配置されていること。</p> <p>ロ 生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載されたリハビリテーション実施計画をあらかじめ定めて、リハビリテーションを提供すること。</p> <p>ハ 当該計画で定めた指定通所リハビリテーションの実施期間中</p>	<p>（生活行為向上リハビリテーション実施加算について）</p> <p>① 生活行為向上リハビリテーション実施加算の「生活行為」とは、個人の活動として行う排泄、入浴、調理、買物、趣味活動等の行為をいう。</p> <p>② 生活行為向上リハビリテーション実施加算におけるリハビリテーション（以下「生活行為向上リハビリテーション」という。）は、加齢や廃用症候群等により生活機能の1つである活動をするための機能が低下した利用者に対して、当該機能を回復させ、生活行為の内容の充実を図るための目標と当該目標を踏まえた6月間の生活行為向上リハビリテーションの内容を生活行為向上リハビリテーション実施計画にあらかじめ定めた上で、計画的に実施すること。</p> <p>③ 生活行為向上リハビリテーションを提供するための生活行為向上リハビリテーション実施計画の作成や、リハビリテーション会議における当該リハビリテーションの目標の達成状況の報告については、大臣基準告示第28号イによって配置された者が行うことが想定されていることに留意すること。</p> <p>④ 生活行為向上リハビリテーション実施計画の作成に当たっては、本加算の趣旨について説明した上で、当該計画の同意を得るように留意すること。</p> <p>⑤ 本加算の算定に当たっては、リハビリテーションマネジメント加算の算定が前提となっていることから、当該加算の趣旨を踏まえ、家庭での役割を担うことや地域の行事等に関与すること等を可能とすることを見据えた目標や実施内容を設定すること。</p> <p>⑥ 本加算は、6月間に限定して算定が可能であることから、利用者やその家族においても、生活行為の内容の充実を図るための訓練内容を理解し、家族の協力を得ながら、利用者が生活の中で実践していくことが望ましいこと。</p> <p>また、リハビリテーション会議において、訓練の進捗状況やその評価（当該評価の結果、訓練内容に変更が必要な場合は、その理由を含む。）等について、医師が利用者、その家族、構成員に説明すること。</p> <p>⑦ 生活行為向上リハビリテーション実施計画書に従ったリハビリ</p>

<p>に指定通所リハビリテーションの提供を終了した日前1月以内に、リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションの目標の達成状況を報告すること。</p> <p>ニ 通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算(A)イ又はロ若しくは(B)イ又はロのいずれかを算定していること。</p> <p>ホ 指定通所リハビリテーション事業所の医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が当該利用者の居宅を訪問し、生活行為に関する評価をおおむね一月に一回以上実施すること。</p> <p>※ 別に厚生労働大臣が定める施設基準(「厚生労働大臣が定める施設基準」平成27年厚生労働省告示第96号の八)</p> <p>指定通所リハビリテーションにおける生活行為向上リハビリテーション実施加算に係る施設基準</p> <p>リハビリテーションを行うに当たり、利用者数が理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数に対して適切なものであること。</p>	<p>テーションの評価に当たっては、利用者の居宅を訪問し、当該利用者の居宅における応用的動作能力や社会適応能力について評価を行い、その結果を当該利用者とその家族に伝達すること。なお、当該利用者の居宅を訪問した際、リハビリテーションを実施することはできないことに留意すること。</p>
<p>(介護予防)「厚生労働省告示第127号」別表5注3</p>	<p>「老計発第0317001号」第2の6(2)</p>
<p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合し、かつ、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届けた指定介護予防通所リハビリテーション事業所が、生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、利用者に対して、リハビリテーションを計画的に行い、当該利用者の有する能力の向上を支援した場合は、生活行為向上リハビリテーション実施加算として、リハビリテーション実施計画に基づく指定介護予防通所リハビリテーションの利用を開始した日の属する月から起算して6月以内の期間に限り、1月につき562単位数を所定単位数に加算する。</p> <p>※ 別に厚生労働大臣が定める基準(「厚生労働大臣が定める基準」平成27年厚生労働省告示第95号の百六の六)</p> <p>介護予防通所リハビリテーション費における生活行為向上リハビリテーション実施加算の基準</p> <p>次のいずれにも適合すること。</p> <p>イ 生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識若しくは経験を有する作業療法士又は生活行為の内容の充実を図るための研修を修了した理学療法士若しくは言語聴覚士が配置されていること。</p> <p>ロ 生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載</p>	<p>(生活行為向上リハビリテーション実施加算について)</p> <p>① 生活行為向上リハビリテーション実施加算の「生活行為」とは、個人の活動として行う排泄、入浴、調理、買物、趣味活動等の行為をいう。</p> <p>② 生活行為向上リハビリテーション実施加算におけるリハビリテーション(以下「生活行為向上リハビリテーション」という。)は、加齢や廃用症候群等により生活機能の一つである活動をするための機能が低下した利用者に対して、当該機能を回復させ、生活行為の内容の充実を図るための目標と当該目標を踏まえた6月間の生活行為向上リハビリテーションの実施内容を生活行為向上リハビリテーション実施計画にあらかじめ定めた上で、計画的に実施するものである。</p> <p>③ 生活行為向上リハビリテーションを提供するための生活行為向上リハビリテーション実施計画の作成や、当該リハビリテーションの目標の達成状況の報告については、大臣基準告示第106の6号イによって配置された者が行うことが想定されている。</p> <p>④ 生活行為向上リハビリテーション実施計画の作成に当たっては、本加算の趣旨について説明した上で、当該計画の同意を得る。</p> <p>⑤ 本加算の算定に当たっては、家庭での役割を担うことや地域の行事等に関与すること等を可能とすることを見据えた目標や実施内容を設定する。</p> <p>⑥ 本加算は、6月間に限定して算定が可能であることから、利用者</p>

<p>されたリハビリテーション実施計画をあらかじめ定めて、リハビリテーションを提供すること。</p> <p>ハ 当該計画で定めた指定介護予防通所リハビリテーションの実施期間中に指定介護予防通所リハビリテーションの提供を終了した日前1月以内にリハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションの目標の達成状況を報告すること。</p> <p>ニ 指定介護予防通所リハビリテーション事業所（指定介護予防通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションサービス等基準第117条第1項に規定する指定介護予防通所リハビリテーション事業所をいう。以下同じ。）の医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が当該利用者の居宅を訪問し生活行為に関する評価をおおむね1月に1回以上実施すること。</p> <p>※ 別に厚生労働大臣が定める施設基準（「厚生労働大臣が定める施設基準」平成27年厚生労働省告示第96号の七十一の三）</p> <p>指定介護予防通所リハビリテーションにおける生活行為向上リハビリテーション実施加算に係る施設基準</p> <p>リハビリテーションを行うに当たり、利用者数が理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数に対して適切なものであること。</p>	<p>やその家族においても、生活行為の内容の充実を図るための訓練内容を理解し、家族の協力を得ながら、利用者が生活の中で実践していくことが望ましい。</p> <p>⑦ 生活行為向上リハビリテーション実施計画に従ったリハビリテーションの評価に当たっては、利用者の居宅を訪問し、当該利用者の居宅における応用的動作能力や社会適応能力について評価を行い、その結果を当該利用者とその家族に伝達すること。なお、当該利用者の居宅を訪問した際、リハビリテーションを実施することはできない。</p>
---	---

<p>●介護保険最新情報 vol.454 「平成27年度介護報酬改定に関するQ&A」（平成27年4月1日）</p>	
<p>生活行為向上リハビリテーション実施加算</p>	
<p>（問102）</p> <p>生活行為向上リハビリテーション実施加算の取得が可能となる期間中に、入院等のためにリハビリテーションの提供の中断があった後、再び同一事業所の利用を開始した場合、再利用日を起算点として、改めて6月間の算定実施は可能か。</p>	<p>（答）</p> <p>生活行為向上リハビリテーション実施加算は、生活行為の内容の充実を図るための目標を設定し、当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、利用者に対して、利用者の有する能力の向上を計画的に支援することを評価するものである。</p> <p>入院等により、活動するための機能が低下し、医師が、生活行為の内容の充実を図るためのリハビリテーションの必要性を認められた場合に限り、入院前に利用していたサービス種別、事業所・施設にかかわらず、再度利用を開始した日から起算して新たに6月以内に限り算定できる。</p>
<p>（問104）</p> <p>生活行為向上リハビリテーション実施加算の算定要件について「利用者数が理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数に対して適切なものであること」とあるが、具体的には、人員基準を満たすか否かが判断基準となるのか。</p>	<p>（答）</p> <p>人員基準を満たすか否かに関わらず、生活行為向上リハビリテーションを実施する上で、適切な人員配置をお願いするものである。</p>
<p>（問105）</p> <p>生活行為向上リハビリテーションの算定要件について、「生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識若しくは経験」、「生活行為の内容の充実を図るための研修」とあるが、具体的にどのような知識、経験、研修を指すのか。</p>	<p>（答）</p> <p>生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識や経験とは、例えば、日本作業療法士協会が実施する生活行為向上マネジメント研修を受講した際に得られる知識や経験が該当すると考えている。</p>

	<p>生活行為の内容の充実を図るための研修とは、</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 生活行為の考え方と見るべきポイント、 ② 生活行為に関するニーズの把握方法 ③ リハビリテーション実施計画の立案方法 ④ 計画立案の演習等のプログラム <p>から構成され、生活行為向上リハビリテーションを実施する上で必要な講義や演習で構成されているものである。例えば、全国デイケア協会、全国老人保健施設協会、日本慢性期医療協会、日本リハビリテーション病院・施設協会が実施する「生活行為向上リハビリテーションに関する研修会」が該当すると考えている。</p>
--	---

●介護保険最新情報 vol.481「平成27年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.3)」(平成27年6月1日)	
生活行為向上リハビリテーション実施加算	
<p>(問5)</p> <p>生活行為向上リハビリテーション実施加算の取得に当たっては、利用者の居宅を訪問し、当該利用者の居宅における応用的動作能力や社会適応能力について評価を行い、その結果を当該利用者とその家族に伝達することとなっているが、そのための時間については、通所リハビリテーションの提供時間に含めるということが良いか。</p>	<p>(答)</p> <p>通所リハビリテーションで向上した生活行為について、利用者が日常生活で継続できるようになるためには、実際の生活の場面での適応能力の評価をすることが重要である。したがって、利用者の居宅を訪問し、当該利用者の居宅における応用的動作能力や社会適応能力について評価を行い、その結果を利用者とその家族に伝達するための時間については、通所リハビリテーションの提供時間に含めて差支えない。</p>

●介護保険最新情報 vol.948「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.2)」(令和3年3月23日)	
生活行為向上リハビリテーション実施加算	
<p>(問29)</p> <p>短期集中個別リハビリテーション実施加算と認知症短期集中リハビリテーション実施加算(I)・(II)を3ヶ月実施した後に、利用者の同意を得て、生活行為の内容の向上を目標としたリハビリテーションが必要であると判断された場合、生活行為向上リハビリテーション実施加算に移行することができるのか。</p>	<p>(答)</p> <p>可能である。ただし、短期集中個別リハビリテーション実施加算と認知症短期集中リハビリテーション実施加算(I)・(II)から生活行為向上リハビリテーション実施加算へ連続して移行する場合には、短期集中個別リハビリテーション実施加算と認知症短期集中リハビリテーション実施加算(I)・(II)を取得した月数を、6月より差し引いた月数のみ生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定可能である。</p>

●介護保険最新情報 vol.948「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.5)」(令和3年4月9日)	
生活行為向上リハビリテーション実施加算について	
<p>(問6)</p> <p>生活行為向上リハビリテーション実施加算は、リハビリテーション実施計画に基づく指定通所リハビリテーションの利用を開始した日の属する月から6月以内の場合に算定可能とされているが、再度同加算を算定することは可能か。</p>	<p>(答)</p> <p>疾病等により生活機能が低下(通所リハビリテーション計画の直近の見直し時と比較して、ADLの評価である Barthel Index 又は IADL の評価である Frenchay Activities Index の値が低下したものに限る。)し、医師が生活行為の内容の充実を図るためのリハビリテーションの必要性を認めた場合、改めてリハビリテーション実施計画に基づく指定通所リハビリテーションの利用を開始した場合は、新たに6月以内の算定が可能である。</p>

1.3 若年性認知症利用者受入加算

- 受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行うこと。

根拠法令等	
「厚生省告示第19号」 別表7注12	「老企第36号」 第2の8(15)
<p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所において、若年性認知症利用者に対して指定通所リハビリテーションを行った場合は、若年性認知症利用者受入加算として、1日につき60単位を所定単位数に加算する。</p> <p>※ 別に厚生労働大臣が定める基準（「厚生労働大臣が定める基準」平成27年厚生労働省告示第95号の十八）</p> <p>（略）通所リハビリテーション費（略）における若年性認知症利用者受入加算の基準</p> <p>受け入れた若年性認知症利用者（介護保険法施行令第2条第六号に規定する初老期における認知症によって要介護者又は要支援者となった者をいう。）ごとに個別の担当者を定めていること。</p>	<p>（若年性認知症利用者受入加算について）</p> <p>通所介護と同様であるので、7(14)を参照されたい。</p> <p>【参照】7(14)</p> <p>受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行うこと。</p>
（介護予防）「厚生労働省告示第127号」 別表5イ注4	（介護予防）「老計発第0317001号」 第2の6(15)（略）
<p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護予防通所リハビリテーション事業所において、若年性認知症利用者（介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条第6号に規定する初老期における認知症によって要支援者となった者をいう。以下同じ。）に対して、指定介護予防通所リハビリテーションを行った場合は、若年性認知症利用者受入加算として、1月につき240単位を所定単位数に加算する。</p> <p>※ 別に厚生労働大臣が定める基準（「厚生労働大臣が定める基準」平成27年厚生労働省告示第95号の十八）⇒上記参照</p>	
●介護制度改革 information vol.78「平成18年4月改定関係Q&A(vol.1)」（平成18年3月22日）	
若年性認知症利用者受入加算	
<p>（問51）</p> <p>通所系サービスにおける「若年性認知症ケア加算」について、若年性とは具体的に何歳を想定しているのか。対象者は「40歳以上65歳未満」のみが基本と考えるがよろしいか。64歳で受けた要介護認定の有効期間中は65歳であっても、加算の対象となるのか。</p>	<p>（答）</p> <p>若年性認知症とは、介護保険法施行令第2条5項に定める初老期における認知症を示すため、その対象は「40歳以上65歳未満」の者となる。若年性認知症ケア加算の対象となるプログラムを受けていた者であっても、65歳になると加算の対象とはならない。ただし、その場合であっても、その者が引き続き若年性認知症ケアのプログラムを希望するのであれば、その提供を妨げるものではないことに留意され</p>

	たい。
--	-----

●介護保険最新情報 vol.69「平成21年4月改定関係Q&A(vol.1)」(平成21年3月23日)	
若年性認知症利用者受入加算	
(問101) 一度本加算制度の対象者となった場合、65歳以上になっても対象のままか。	(答) 65歳の誕生日の前々日までは対象である。
(問102) 担当者とは何か。定めるにあたって担当者の資格要件はあるか。	(答) 若年性認知症利用者を担当する者のことで、施設や事業所の介護職員の中から定めていただきたい。人数や資格等の要件は問わない。

●介護保険最新情報 vol.79「平成21年4月改定関係Q&A(vol.2)」(平成21年4月17日)	
若年性認知症利用者受入加算	
(問24) 若年性認知症利用者受入加算について、個別の担当者は、担当利用者がサービス提供を受ける日に必ず出勤していなければならないのか。	(答) 個別の担当者は、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行う上で中心的な役割を果たすものであるが、当該利用者へのサービス提供時に必ずしも出勤している必要はない。
(問43) 若年性認知症利用者受入加算について、介護予防通所介護や介護予防通所リハビリテーションのように月単位の報酬が設定されている場合、65歳の誕生日の前々日が含まれる月はどのように取り扱うのか。	(答) 本加算は65歳の誕生日の前々日までは対象であり、月単位の報酬が設定されている介護予防通所介護と介護予防通所リハビリテーションについては65歳の誕生日の前々日が含まれる月は月単位の加算が算定可能である。 ただし、当該月において65歳の誕生日の前々日までにサービス利用の実績がない場合は算定できない。

14 栄養アセスメント加算

- 利用者に対し、管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメントを実施し、利用者のまたはその家族に対して結果を説明する。また、利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施にあたって、必要な情報を活用した場合に算定する。

(参考)「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(令和3年3月16日付老老発0316第2号)

根拠法令等	
「厚生省告示第19号」 別表7注13	「老企第36号」 第2の8(ロ)
次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所において、利用者に対して、管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメント(利用者ごとの低栄養状態のリスク及び解決すべき課題を把握することをいう。以下この注において同じ。)を行った場合は、栄養アセスメント加算として、1月につき50単位を所定単位数に加算する。た	(栄養アセスメント加算について) 通所介護と同様であるので、7(ロ)を参照されたい。 【参照】7(ロ) ① 栄養アセスメント加算の算定に係る栄養アセスメントは、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに

だし、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は、算定しない。

- (1) 当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。
- (2) 利用者ごとに、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の方が共同して栄養アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応すること。
- (3) 利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。
- (4) 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している指定通所リハビリテーション事業所であること。

※ 別に厚生労働大臣が定める基準（「厚生労働大臣が定める基準」平成27年厚生労働省告示第95号の一八の二）

（略）通所リハビリテーション費、（略）における栄養アセスメント加算の基準

通所介護費等算定方法第1号、第2号、第5号の2、第6号、第11号、第16号及び第20号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。

留意すること。

- ② 当該事業所の職員として、又は外部（他の介護事業所（栄養アセスメント加算の対象事業所に限る。）、医療機関、介護保険施設（栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士を置いているもの又は常勤の管理栄養士を1名以上配置しているものに限る。）又は公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」）との連携により、管理栄養士を1名以上配置して行うものであること。
- ③ 栄養アセスメントについては、3月に1回以上、イからニまでに掲げる手順により行うこと。あわせて、利用者の体重については、1月毎に測定すること。
 - イ 利用者ごとの低栄養状態のリスクを、利用開始時に把握すること。
 - ロ 管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮しつつ、解決すべき栄養管理上の課題の把握を行うこと。
 - ハ イ及びロの結果を当該利用者又はその家族に対して説明し、必要に応じ解決すべき栄養管理上の課題に応じた栄養食事相談、情報提供等を行うこと。
 - ニ 低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者については、介護支援専門員と情報共有を行い、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供を検討するように依頼すること。
- ④ 原則として、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は、栄養アセスメント加算は算定しないが、栄養アセスメント加算に基づく栄養アセスメントの結果、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供が必要と判断された場合は、栄養アセスメント加算の算定月でも栄養改善加算を算定できること。
- ⑤ 厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（LIFE）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。

サービスの質の向上を図るため、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じた栄養管理の内容の決定（Plan）、当該決定に基づく支援の提供（Do）、当該支援内容の評価（Check）、その評価結果を踏まえた栄養管理の内容の見直し・改善（Action）の一連のサイクル（PDCAサイクル）により、サービスの質の管理を行うこと。

	<p>提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。</p> <p>【参照】（参考通知）「科学的介護情報システム（L I F E）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和3年3月16日老老発0316第4号）</p>
<p>（介護予防）「厚生労働省告示第127号」別表5ハ</p>	<p>（介護予防）「老計発第0317001号」第2の6(6)</p>
<p>ハ 栄養アセスメント加算 50単位</p> <p>注 次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護予防通所リハビリテーション事業所が、利用者に対して、管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメント（利用者ごとの低栄養状態のリスク及び解決すべき課題を把握することをいう。以下この注において同じ。）を行った場合は、1月につき所定単位数を加算する。ただし、当該利用者が栄養改善加算又は選択的サービス複数実施加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は、算定しない。</p> <p>(1) 当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。</p> <p>(2) 利用者ごとに、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者（二において「管理栄養士等」という。）が共同して栄養アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応すること。</p> <p>(3) 利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。</p> <p>(4) 別に厚生労働大臣の定める基準に適合している指定介護予防通所リハビリテーション事業所であること。</p> <p>※ 別に厚生労働大臣が定める基準（「厚生労働大臣が定める基準」平成27年厚生労働省告示第95号の一八の二）⇒上記参照</p>	<p>（栄養アセスメント加算の取扱いについて）</p> <p>通所介護と同様であるので、老企第36号7の(15)を参照されたい。</p>

<p>●介護保険最新情報 vol.952 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.3)」（令和3年3月26日）</p>	
<p>管理栄養士による居宅療養管理指導、栄養アセスメント加算、栄養改善加算、栄養管理体制加算について</p>	
<p>（問15）</p> <p>外部との連携について、介護保険施設の場合は「栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士を置いているもの又は常勤の管理栄養士を1名以上配置しているものに限る。」とあるが、栄養マネジメント強化加算を算定せず、介護保険施設に常勤の管理栄養士が</p>	<p>（答）</p> <p>入所者の処遇に支障がない場合には、兼務が可能である。ただし、人員基準において常勤の栄養士又は管理栄養士を1名以上配置することが求められる施設（例：100床以上の介護老人保健施設）において、人員基準上置くべき員数である管理栄養士については、兼務することはできない。</p>

1名いる場合は、当該施設の管理栄養士が兼務できるのか。

●介護保険最新情報 vol. 965 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.5)」 (令和3年4月9日)

科学的介護推進体制加算、個別機能訓練加算(Ⅱ)、リハビリテーションマネジメント加算(A)口及び(B)口、リハビリテーションマネジメント計画書情報加算、理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算、褥瘡マネジメント加算、褥瘡対策指導管理(Ⅱ)、排せつ支援加算、自立支援促進加算、かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)、薬剤管理指導の注2の加算、栄養マネジメント強化加算、栄養アセスメント加算、口腔衛生管理加算(Ⅱ)、口腔機能向上加算(Ⅱ)について

(問4)

LIFEに提出すべき情報は「科学的介護情報システム(LIFE)関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(令和3年3月16日老老発0316第4号)の各加算の様式例において示されているが、利用者又は入所者の評価等に当たっては、当該様式例を必ず用いる必要があるのか。

(答)

・ 「科学的介護情報システム(LIFE)関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(令和3年3月16日老老発0316第4号)においてお示しをしておき、評価等が算定要件において求められるものについては、それぞれの加算で求められる項目(様式で定められた項目)についての評価等が必要である。
・ ただし、同通知はあくまでもLIFEへの提出項目をお示ししたものであり、利用者又は入所者の評価等において各加算における様式と同一のものをを用いることを求めるものではない。

●介護保険最新情報 vol. 966 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.6)」 (令和3年4月15日)

栄養アセスメント加算について

(問2)

要件として定められた情報を「やむを得ない場合を除き、すべて提出すること」とされているが、「やむを得ない場合」とはどのような場合か。

(答)

「科学的介護推進体制加算等と同様の取扱いであるため、令和3年介護報酬改定に関するQ&A (Vol.3) (令和3年3月26日)問16を参考にされたい。

【参考】問16(答)

・ やむを得ない場合とは、例えば、通所サービスの利用者について、情報を提出すべき月において、当該月の中旬に評価を行う予定であったが、緊急で月初に入院することとなり、当該利用者について情報の提出ができなかった場合や、データを入力したにも関わらず、システムトラブル等により提出ができなかった場合等、利用者単位で情報の提出ができなかった場合がある。
・ また、提出する情報についても、例えば、全身状態が急速に悪化した入所者について、必須項目である体重等が測定できず、一部の情報しか提出できなかった場合等であっても、事業所・施設の利用者又は入所者全員に当該加算を算定することは可能である。
・ ただし、情報の提出が困難であった理由について、介護記録等に明記しておく必要がある。

●介護保険最新情報 vol. 991 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.10)」 (令和3年6月9日)

栄養アセスメント加算について

(問1)

利用者が、複数の通所事業所等を利用している場合、栄養アセスメント加算の算定事業者はどのように判断するのか。

(答)

利用者が、複数の通所事業所等を利用している場合は、栄養アセスメントを行う事業所について、
・ サービス担当者会議等で、利用者が利用している各種サ

	<p>ービスと栄養状態との関連性や実施時間の実績、利用者又は家族の希望等も踏まえて検討した上で、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護支援専門員が事業所間の調整を行い、決定することとし、原則として、当該事業所が継続的に栄養アセスメントを実施すること。
--	---

15 栄養改善加算

- ・ 老企第36号に規定される状態のいずれかに該当する利用者について当該加算を算定すること。
 - ・ 医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者が共同して栄養ケア計画を作成し、利用者又はその家族に説明してその同意を得ること。
 - ・ 要支援者に対するサービスについて、栄養ケア計画に定める栄養改善サービスを概ね3月実施した時点で栄養状態の改善状況について評価を行い、その結果を介護予防支援事業者等に報告すること。
- (参考)「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(令和3年3月16日付老老発0316第2号)

根拠法令等	
「厚生省告示第19号」 別表7注14	「老企第36号」 第2の8(7)
<p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出て、低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対し、栄養改善サービスを行った場合は、栄養改善加算として、3月以内の期間に限り1月に2回を限度として1回につき200単位を所定単位数に加算する。ただし、栄養改善サービスの開始から3月ごとの利用者の栄養状態の評価の結果、低栄養状態が改善せず、栄養改善サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定することができる。</p> <p>※ 別に厚生労働大臣が定める基準（「厚生労働大臣が定める基準」平成27年厚生労働省告示第95号の二十九）</p> <p>通所リハビリテーション費における栄養改善加算の基準次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>イ 当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。</p> <p>ロ 利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者（以下「管理栄養士等」という。）が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること。</p> <p>ハ 利用者ごとの栄養ケア計画に従い、必要に応じて当該利用者の</p>	<p>（栄養改善加算について）</p> <p>通所介護と同様であるので、7(6)を参照されたい。</p> <p>【参照】7(6)</p> <p>① 栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスの提供は、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。</p> <p>② 当該事業所の職員として、又は外部（他の介護事業所（栄養改善加算の対象事業所に限る。）、医療機関、介護保険施設（栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士を置いているもの又は常勤の管理栄養士を1名以上配置しているものに限る。）又は公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」との連携により、管理栄養士を1名以上配置して行うものであること。</p> <p>③ 栄養改善加算を算定できる利用者は、次のイからホのいずれかに該当する者であって、栄養改善サービスの提供が必要と認められる者とする。</p> <p>イ BMIが18.5未満である者</p> <p>ロ 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」（平成18年6月9日老発0609001</p>

<p>居宅を訪問し、管理栄養士等が栄養改善サービスを行っているとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録していること。</p> <p>ニ 利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価していること。</p> <p>ホ 通所介護費等算定方法第2号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。</p>	<p>号厚生労働省老健局長通知)に規定する基本チェックリストのNo.(11)の項目が「1」に該当する者</p> <p>ハ 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者</p> <p>ニ 食事摂取量が不良(75%以下)である者</p> <p>ホ その他低栄養状態にある又はそのおそれがあると認められる者</p> <p>なお、次のような問題を有する者については、前記イからホのいずれかの項目に該当するかどうか、適宜確認されたい。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・口腔及び摂食・嚥下機能の問題(基本チェックリストの口腔機能に関連する(13)、(14)、(15)のいずれかの項目において「1」に該当する者などを含む。) ・生活機能の低下の問題 ・褥瘡に関する問題 ・食欲の低下の問題 ・閉じこもりの問題(基本チェックリストの閉じこもりに関連する(16)、(17)のいずれかの項目において「1」に該当する者などを含む。) ・認知症の問題(基本チェックリストの認知症に関連する(18)、(19)、(20)のいずれかの項目において「1」に該当する者などを含む。) ・うつの問題(基本チェックリストのうつに関連する(21)から(25)の項目において、2項目以上「1」に該当する者などを含む。) <p>④ 栄養改善サービスの提供は、以下のイからへまでに掲げる手順を経てなされる。</p> <p>イ 利用者ごとの低栄養状態のリスクを、利用開始時に把握すること。</p> <p>ロ 利用開始時に、管理栄養士が中心となって、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮しつつ、栄養状態に関する解決すべき課題の把握(以下「栄養アセスメント」という。)を行い、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、栄養食事相談に関する事項(食事に関する内容の説明等)、解決すべき栄養管理上の課題等に対し取り組むべき事項等を記載した栄養ケア計画を作成すること。作成した栄養ケア計画については、栄養改善サービスの対象となる利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、通所介護においては、栄養ケア計画に相当する内容を通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができるものとする。</p> <p>ハ 栄養ケア計画に基づき、管理栄養士等が利用者ごとに栄養改</p>
---	--

	<p>善サービスを提供すること。その際、栄養ケア計画に実施上の問題点があれば直ちに当該計画を修正すること。</p> <p>ニ 栄養改善サービスの提供に当たり、居宅における食事の状況を聞き取った結果、課題がある場合は、当該課題を解決するため、利用者又はその家族の同意を得て、当該利用者の居宅を訪問し、居宅での食事状況・食事環境等の具体的な課題の把握や、主として食事の準備をする者に対する栄養食事相談等の栄養改善サービスを提供すること。</p> <p>ホ 利用者の栄養状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、おおむね3月ごとに体重を測定する等により栄養状態の評価を行い、その結果を当該利用者を担当する介護支援専門員や主治の医師に対して情報提供すること。</p> <p>ヘ 指定居宅サービス基準第105条において準用する第19条に規定するサービスの提供の記録において利用者ごとの栄養ケア計画に従い管理栄養士が利用者の栄養状態を定期的に記録する場合は、当該記録とは別に栄養改善加算の算定のために利用者の栄養状態を定期的に記録する必要はないものとする。</p> <p>⑤ おおむね3月ごとの評価の結果、③のイからホまでのいずれかに該当する者であって、継続的に管理栄養士等がサービス提供を行うことにより、栄養改善の効果が期待できると認められるものについては、継続的に栄養改善サービスを提供する。</p>
<p align="center">(介護予防)「厚生労働省告示第127号」 別表5ニ</p>	<p align="center">(介護予防)「老計発第0317001号」 第2の6(7)</p>
<p>ニ 栄養改善加算 200単位</p> <p>注 次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして都道府県知事に届け出て、低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の低栄養状態の改善等を目的として、個別的に実施される栄養食事相談等の栄養管理であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの(以下「栄養改善サービス」という。)を行った場合は、1月につき所定単位数を加算する。</p> <p>(1) 当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。</p> <p>(2) 利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、管理栄養士等が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること。</p> <p>(3) 利用者ごとの栄養ケア計画に従い、必要に応じて当該利用者の居宅を訪問し、管理栄養士等が栄養改善サービスを行っていると同時に、利用者の栄養状態を定期的に記録していること。</p> <p>(4) 利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価している</p>	<p>(栄養改善加算の取扱いについて)</p> <p>通所介護と同様であるので、老企第36号7の(16)を参照されたい。</p> <p>ただし、指定介護予防通所リハビリテーションにおいて栄養改善サービスを提供する目的は、当該サービスを通じて要支援者ができる限り要介護状態にならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することであることに留意すること。</p> <p>なお、要支援者に対する当該サービスの実施に当たっては、栄養ケア計画に定める栄養改善サービスをおおむね3月実施した時点で栄養状態の改善状況について評価を行い、その結果を当該要支援者に係る介護予防支援事業者等に報告するとともに、栄養状態に係る課題が解決され当該サービスを継続する必要性が認められない場合は、当該サービスを終了するものとする。</p>

<p>こと。</p> <p>(5) 別に厚生労働大臣の定める基準に適合している指定介護予防通所リハビリテーション事業所であること。</p> <p>※ 別に厚生労働大臣が定める基準（「厚生労働大臣が定める基準」平成27年厚生労働省告示第95号の十九）</p> <p>（略）、介護予防通所リハビリテーション費（略）における栄養改善加算の基準</p> <p>通所介護費等算定方法第1号、第5号の2、第6号、第11号、第16号及び第20号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。</p>	
--	--

<p>●介護制度改革 information vol.78「平成18年4月改定関係 Q&A(vol.1)」（平成18年3月22日）</p>	
<p>介護予防通所介護・通所リハビリテーション（選択的サービス：栄養改善加算）</p>	
<p>(問30)</p> <p>(栄養改善加算関係)管理栄養士を配置することが算定要件になっているが、常勤・非常勤の別を問わないのか。</p>	<p>(答)</p> <p>管理栄養士の配置については、常勤に限るものではなく、非常勤でも構わないが、非常勤の場合には、利用者の状況の把握・評価、計画の作成、多職種協働によるサービスの提供等の業務が遂行できるような勤務体制が必要である。(なお、居宅サービスの介護・リハビリテーションにおける栄養改善加算についても同様の取扱いである。)</p>
<p>(問32)</p> <p>(栄養改善加算関係)管理栄養士は給食管理業務を委託している業者の管理栄養士でも認められるのか。労働者派遣法により派遣された管理栄養士ではどうか。</p>	<p>(答)</p> <p>当該加算に係る栄養管理の業務は、介護予防通所介護・通所リハビリテーション事業者に雇用された管理栄養士(労働者派遣法に基づく紹介予定派遣により派遣された管理栄養士を含む。)が行うものであり、御指摘の給食管理業務を委託している業者の管理栄養士では認められない。なお、食事の提供の観点から給食管理業務を委託している業者の管理栄養士の協力を得ることは差し支えない。(居宅サービスの通所介護・通所リハビリテーションにおける栄養改善加算についても同様の取扱いである。)</p>
<p>(問33)</p> <p>(栄養改善加算関係)管理栄養士ではなく、栄養士でも適切な個別メニューを作成することができれば認められるのか。</p>	<p>(答)</p> <p>適切なサービス提供の観点から、加算の算定には、管理栄養士を配置し、当該者を中心に、多職種協働により行うことが必要である。(なお、居宅サービスの介護・リハビリテーションにおける栄養改善加算についても同様の取扱いである。)</p>
<p>(問34)</p> <p>(栄養改善加算関係)栄養改善サービスについて、今回の報酬改定では3月毎に継続の確認を行うこととなっているが、「栄養改善マニュアル」においては、6月を1クールとしている。どのように実施したらよいのか。</p>	<p>(答)</p> <p>低栄養状態の改善に向けた取組は、食生活を改善しその効果を得るためには一定の期間が必要であることから、栄養改善マニュアルにおいては6月を1クールとして示されている。報酬の算定に当たっては、3月目にその継続の有無を確認するものであり、対象者の栄養状態の改善や食生活上の問題点が無理なく改善できる計画を策定のうえ、3月毎に低栄養状態のスクリーニングを行い、その結果を地域包括支援センターに報告し、当該地域包括支援センターにおいて、低栄養状態の改善に向けた取組が継続して必要と判断された場</p>

	合には継続して支援されたい。
--	----------------

●介護保険最新情報 vol.69「平成 21 年 4 月改定関係 Q&A(vol.1)」(平成 21 年 3 月 23 日)	
栄養改善加算(通所サービス)	
(問 16) (栄養改善加算) 当該加算が算定できる者の要件について、その他低栄養状態にある又はそのおそれがあると認められる者とは具体的内容如何。また、食事摂取量が不良の者(75%以下)とはどういった者を指すのか。	(答) その他低栄養状態にある又はそのおそれがあると認められる者とは、以下のような場合が考えられる。 ・ 医師が医学的な判断により低栄養状態にある又はそのおそれがあると認める場合。 ・ イ～ロの項目に掲げられている基準を満たさない場合であっても、認定調査票の「えん下」、「食事摂取」、「口腔清潔」、「特別な医療について」などの項目や、特記事項、主治医意見書などから、低栄養状態にある又はそのおそれがあると、サービス担当者会議において認められる場合。 なお、低栄養状態のおそれがあると認められる者とは、現状の食生活を続けた場合に、低栄養状態になる可能性が高いと判断される場合を想定している。 また、食事摂取が不良の者とは、以下のような場合が考えられる ・ 普段と比較し、食事摂取量が75%以下である場合。 ・ 1日の食事回数が2回以下であって、1回あたりの食事摂取量が普段より少ない場合。

●介護保険最新情報 vol.79「平成 21 年 4 月改定関係 Q&A(vol.2)」(平成 21 年 4 月 17 日)	
栄養改善加算	
(問 4) 栄養改善サービスに必要な同意には、利用者又はその家族の自署又は押印は必ずしも必要ではないと考えるが如何。	(答) 栄養改善サービスの開始などの際に、利用者又はその家族の同意を口頭で確認した場合には、栄養ケア計画などに係る記録に利用者又はその家族が同意した旨を記載すればよく、利用者又はその家族の自署又は押印は必須ではない。

●介護保険最新情報 vol.267「平成 24 年度介護報酬改定に関する Q&A (vol.1)」(平成 24 年 3 月 16 日)	
栄養改善加算・口腔機能向上加算	
(問 131) 栄養改善加算及び口腔機能向上加算は、サービスの提供開始から3月後に改善評価を行った後は算定できないのか。	(答) サービス開始から概ね3月後の評価において、解決すべき課題が解決されていない場合であって、当該サービスを継続する必要性が認められる場合は、3月以降も算定できる。 なお、サービスを継続する場合であっても、アセスメント、計画作成、評価の手順に従って実施する必要があるが、課題解決に向けて効果が得られるよう、実施方法及び実施内容を見直す必要がある。

●介護保険最新情報 vol.629「平成 30 年度介護報酬改定に関する Q&A (vol.1)」(平成 30 年 3 月 23 日)	
栄養改善加算について	
(問 34) 通所サービスにおいて栄養改善加算を算定している者に対して管理栄養士による居宅療養管理指導を行うことは可	(答) 管理栄養士による居宅療養管理指導は通院又は通所が困難な者が対象となるため、栄養改善加算の算定者等、通所サ

能か。	ービス利用者に対して当該指導を行うことは想定されない。
-----	-----------------------------

●介護保険最新情報 vol.662 「平成 30 年度介護報酬改定に関する Q&A (vol.5) 」 (平成 30 年 7 月 4 日)	
栄養改善加算について	
(問 1) 平成 30 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol.1) 問 34 については、通所サービスの利用者のうち、栄養改善加算を算定した者に対しては、管理栄養士による居宅療養管理指導を算定することができないものと理解してよいか。	(答) 通所サービスで設けている「栄養改善加算」については、低栄養状態の改善等を目的として栄養ケア計画に基づき、利用者ごとに栄養食事相談等の栄養管理を行うものである。 一方、「管理栄養士による居宅療養管理指導」については、低栄養状態にある者や特別食を必要とする者に対して栄養ケア計画に基づき、利用者ごとに栄養食事相談等の栄養管理を行うものである。 したがって、栄養改善加算を算定した者に対して、低栄養状態を改善する等の観点で管理栄養士による居宅療養管理指導を行った場合、栄養管理の内容が重複するものと考えられるため、栄養改善加算を算定した者に対しては、管理栄養士による居宅療養管理指導を算定することができない。

●介護保険最新情報 vol.952 「令和 3 年度介護報酬改定に関する Q&A (vol.3) 」 (令和 3 年 3 月 26 日)	
管理栄養士による居宅療養管理指導、栄養アセスメント加算、栄養改善加算、栄養管理体制加算について	
(問 15) 外部との連携について、介護保険施設の場合は「栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士を置いているもの又は常勤の管理栄養士を 1 名以上配置しているものに限る。」とあるが、栄養マネジメント強化加算を算定せず、介護保険施設に常勤の管理栄養士が 1 名いる場合は、当該施設の管理栄養士が兼務できるのか。	(答) 入所者の処遇に支障がない場合には、兼務が可能である。ただし、人員基準において常勤の栄養士又は管理栄養士を 1 名以上配置することが求められる施設 (例：100 床以上の介護老人保健施設) において、人員基準上置くべき員数である管理栄養士については、兼務することはできない。
栄養改善加算・口腔機能向上加算について	
(問 33) それぞれ別の通所介護・通所リハビリテーション事業所にしている場合、それぞれの事業所で同時に栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定することはできるのか。	(答) 御指摘の件については、ケアマネジメントの過程で適切に判断されるものと認識しているが、①算定要件として、それぞれの加算に係る実施内容等を勘案の上、1 事業所における請求回数に限度を設けていること、②2 事業所において算定した場合の利用者負担等も勘案すべきことから、それぞれの事業所で栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定することは基本的には想定されない。

16 口腔・栄養スクリーニング加算

- サービス利用者に対し、利用開始時及び利用中 6 カ月ごとに口腔の健康状態及び栄養状態の確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態及び栄養状態に係る情報を介護支援専門員に提供した場合に算定する。
- (参考)「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(令和 3 年 3 月 16 日付老老発 0316 第 2 号)

根拠法令等

「厚生省告示第19号」 別表7注15	「老企第36号」 第2の8(10)
<p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合する指定通所リハビリテーション事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングを行った場合に、口腔・栄養スクリーニング加算として、次に掲げる区分に応じ、1回につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合には、次に掲げるその他の加算は算定せず、当該利用者について、当該事業所以外で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定している場合にあっては算定しない。</p> <p>イ 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) 20単位 ロ 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) 5単位</p> <p>※ 別に厚生労働大臣が定める基準(「厚生労働大臣が定める基準」平成27年厚生労働省告示第95号の一九の二)</p> <p>(略)通所リハビリテーション費、(略)における口腔・栄養スクリーニング加算の基準</p> <p>イ 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報(当該利用者の口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合にあっては、その改善に必要な情報を含む。)を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。</p> <p>(2) 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報(当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。)を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。</p> <p>(3) 通所介護費等算定方法第1号、第2号、第6号、第11号及び第20号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。</p> <p>(4) 算定日が属する月が、次に掲げる基準のいずれにも該当しないこと。</p> <p>(一) 栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月であること。</p> <p>(二) 当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間である又は当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月であること。</p>	<p>(口腔・栄養スクリーニング加算について)</p> <p>通所介護と同様であるので、7(17)を参照されたい。</p> <p>【参照】7(17)</p> <p>① 口腔・栄養スクリーニング加算の算定に係る口腔の健康状態のスクリーニング(以下「口腔スクリーニング」という。)及び栄養状態のスクリーニング(以下「栄養スクリーニング」という。)は、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。</p> <p>② 口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングは、利用者に対して、原則として一体的に実施すべきものであること。ただし、大臣基準第19号の2ロに規定する場合にあっては、口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングの一方のみを行い、口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)を算定することができる。</p> <p>③ 口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングを行うに当たっては、利用者について、それぞれ次に掲げる確認を行い、確認した情報を介護支援専門員に対し、提供すること。</p> <p>イ 口腔スクリーニング</p> <p>a 硬いものを避け、柔らかいものばかりを中心に食べる者 b 入れ歯を使っている者 c むせやすい者</p> <p>ロ 栄養スクリーニング</p> <p>a BMIが18.5未満である者 b 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」(平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知)に規定する基本チェックリストのNo.11の項目が「1」に該当する者 c 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者 d 食事摂取量が不良(75%以下)である者</p> <p>④ 口腔・栄養スクリーニング加算の算定を行う事業所については、サービス担当者会議で決定することとし、原則として、当該事業所が当該加算に基づく口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングを継続的に実施すること。</p> <p>⑤ 口腔・栄養スクリーニング加算に基づく口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングの結果、栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービス又は口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスの提供が必要と判断された場合は、口腔・栄養スクリーニング加算の算定月でも栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定できること。</p>

<p>ロ 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) 次に掲げる基準のいずれかに適合すること。</p> <p>(1) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(一) イ(1)及び(3)に掲げる基準に適合すること。</p> <p>(二) 算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月であること。</p> <p>(三) 算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月ではないこと。</p> <p>(2) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(一) イ(2)及び(3)に掲げる基準に適合すること。</p> <p>(二) 算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定していない、かつ、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間又は当該栄養改善サービスが完了した日の属する月ではないこと。</p> <p>(三) 算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月であること。</p>	
<p>(介護予防)「厚生労働省告示第127号」別表5ホ注</p>	<p>(介護予防)「老計発第0317001号」第2の6(8)</p>
<p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合する指定介護予防通所リハビリテーション事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングについて確認を行った場合に、口腔・栄養スクリーニング加算として、次に掲げる区分区分に応じ、1回につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定せず、当該利用者について、当該事業所以外で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定している場合にあつては算定しない。</p> <p>イ 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) 20単位</p> <p>ロ 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) 5単位</p> <p>※ 別に厚生労働大臣が定める基準(「厚生労働大臣が定める基準」平成27年厚生労働省告示第95号の一の二)</p> <p>(略)通所リハビリテーション費、(略)における口腔・栄養スクリーニング加算の基準</p> <p>通所介護費等算定方法第1号、第2号、第5号から第9号まで、</p>	<p>(口腔・栄養スクリーニング加算の取扱いについて)</p> <p>① 口腔・栄養スクリーニング加算の算定に係る口腔の健康状態のスクリーニング(以下「口腔スクリーニング」という。)及び栄養状態のスクリーニング(以下「栄養スクリーニング」という。)は、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。</p> <p>② 口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングは、利用者に対して、原則として一体的に実施すべきものであること。ただし、大臣基準第19号の2ロに規定する場合にあつては、口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングの一方のみを行い、口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)を算定することができる。</p> <p>③ 口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングを行うに当たっては、利用者について、それぞれ次に掲げる確認を行い、確認した情報を介護支援専門員に対し、提供すること。</p> <p>イ 口腔スクリーニング</p> <p>a 硬いものを避け、柔らかいものを中心に食べる者</p> <p>b 入れ歯を使っている者</p>

<p>第11号、第16号、第19号、第20号から第22号までに規定する基準のいずれにも該当しないこと。</p>	<p>c むせやすい者</p> <p>□ 栄養スクリーニング</p> <p>a BMIが18.5未満である者</p> <p>b 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」（平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知）に規定する基本チェックリストのNo.11の項目が「1」に該当する者</p> <p>c 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者</p> <p>d 食事摂取量が不良（75%以下）である者</p> <p>④ 口腔・栄養スクリーニング加算の算定を行う事業所については、サービス担当者会議で決定することとし、原則として、当該事業所が当該加算に基づく口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングを継続的に実施すること。</p> <p>⑤ 口腔・栄養スクリーニング加算に基づく口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングの結果、栄養改善加算若しくは選択的サービス複数実施加算の算定に係る栄養改善サービス又は口腔機能向上加算若しくは選択的サービス複数実施加算の算定に係る口腔機能向上サービスの提供が必要だと判断された場合は、口腔・栄養スクリーニング加算の算定月でも栄養改善加算、口腔機能向上加算又は選択的サービス複数実施加算を算定できること。</p>
---	---

<p>●介護保険最新情報 vol. 952 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.3)」（令和3年3月26日）</p>	
<p>口腔・栄養スクリーニング加算について</p>	
<p>(問20)</p> <p>令和2年10月以降に栄養スクリーニング加算を算定した事業所において、令和3年4月に口腔・栄養スクリーニング加算を算定できるか。</p>	<p>(答)</p> <p>算定できる。</p>

17 口腔機能向上加算

<ul style="list-style-type: none"> 老企第36号に規定される状態のいずれかに該当する利用者について当該加算を算定すること。 医師、歯科医師、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員その他の職種の者が共同して口腔機能改善管理指導計画を作成すること。 要支援者に対するサービスについて、口腔機能改善管理指導計画に定める口腔機能向上サービスを概ね3月実施した時点で口腔機能の状態の評価を行い、その結果を介護予防支援事業者等に報告すること。 <p>(参考)「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和3年3月16日付老老発0316第2号）</p> <p>【指導事例】</p> <ul style="list-style-type: none"> 口腔機能向上サービスの実施日、実施内容等についての記録が残されていなかった。
--

根拠法令等

「厚生省告示第19号」 別表7注16	「老企第36号」 第2の8(19)
<p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出て、口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの(以下この注において「口腔機能向上サービス」という。)を行った場合は、口腔機能向上加算として、当該基準に掲げる区分に従い、3月以内の期間に限り1月に2回を限度として1回につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。口腔機能向上サービスの開始から3月ごとの利用者の口腔機能の評価の結果、口腔機能が向上せず、口腔機能向上サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定することができる。</p> <p>(1) 口腔機能向上加算(I) 150単位</p> <p>(2) 口腔機能向上加算(II) 160単位</p> <p>※ 別に厚生労働大臣が定める基準(「厚生労働大臣が定める基準」平成27年厚生労働省告示第95号の三十)</p> <p>通所リハビリテーション費における口腔機能向上加算の基準 第20号の規定を準用する。 (準用)</p> <p>第20号 通所介護費における口腔機能向上加算の基準</p> <p>イ 口腔機能向上加算(I) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置していること。</p> <p>(2) 利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成していること。</p> <p>(3) 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が口腔機能向上サービス(指定居宅サービス介護給付費単位数表の通所リハビリテーション費の注16に規定する口腔機能向上サービスをいう。以下同じ。)を行っているとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録していること。</p> <p>(4) 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期</p>	<p>(口腔機能向上加算について)</p> <p>通所介護と同様であるので、7(18)を参照されたい。</p> <p>【参照】7(18)</p> <p>① 口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスの提供には、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。</p> <p>② 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置して行うものであること。</p> <p>③ 口腔機能向上加算を算定できる利用者は、次のイからハまでのいずれかに該当する者であって、口腔機能向上サービスの提供が必要と認められる者とする。</p> <p>イ 認定調査票における嚥下、食事摂取、口腔清潔の3項目のいずれかの項目において「1」以外に該当する者</p> <p>ロ 基本チェックリストの口腔機能に関連する(13)、(14)、(15)の3項目のうち、2項目以上が「1」に該当する者</p> <p>ハ その他口腔機能の低下している者又はそのおそれのある者</p> <p>④ 利用者の口腔の状態によっては、医療における対応を要する場合も想定されることから、必要に応じて、介護支援専門員を通して主治医又は主治の歯科医師への情報提供、受診勧奨などの適切な措置を講じることとする。なお、歯科医療を受診している場合であって、次のイ又はロのいずれかに該当する場合にあっては、加算は算定できない。</p> <p>イ 医療保険において歯科診療報酬点数表に掲げる摂食機能療法を算定している場合</p> <p>ロ 医療保険において歯科診療報酬点数表に掲げる摂食機能療法を算定していない場合であって、介護保険の口腔機能向上サービスとして「摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施」を行っていない場合。</p> <p>⑤ 口腔機能向上サービスの提供は、以下のイからホまでに掲げる手順を経てなされる。</p> <p>イ 利用者ごとの口腔機能を、利用開始時に把握すること。</p> <p>ロ 利用開始時に、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が中心となって、利用者ごとの口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する解決すべき課題の把握を行い、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して取り組むべき事項等を記載した口腔機能改善管理指導計画を作成すること。作成した口腔機能改善管理指導計画については、口腔機</p>

<p>的に評価していること。</p> <p>(5) <u>通所介護費等算定方法第2号</u>に規定する基準のいずれにも該当しないこと。</p> <p>ロ 口腔機能向上加算(Ⅱ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) イ(1)から(5)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(2) 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。</p>	<p>能向上サービスの対象となる利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、通所介護においては、口腔機能改善管理指導計画に相当する内容を通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって口腔機能改善管理指導計画の作成に代えることができるものとする。</p> <p>ハ 口腔機能改善管理指導計画に基づき、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員等が利用者ごとに口腔機能向上サービスを提供すること。その際、口腔機能改善管理指導計画に実施上の問題点があれば直ちに当該計画を修正すること。</p> <p>ニ 利用者の口腔機能の状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、おおむね3月ごとに口腔機能の状態の評価を行い、その結果について、当該利用者を担当する介護支援専門員や主治の医師、主治の歯科医師に対して情報提供すること。</p> <p>ホ 指定居宅サービス基準第105条において準用する第19条に規定するサービスの提供の記録において利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が利用者の口腔機能を定期的に記録する場合は、当該記録とは別に口腔機能向上加算の算定のために利用者の口腔機能を定期的に記録する必要はないものとする。</p> <p>⑥ おおむね3月ごとの評価の結果、次のイ又はロのいずれかに該当する者であって、継続的に言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員等がサービス提供を行うことにより、口腔機能の向上又は維持の効果が期待できると認められるものについては、継続的に口腔機能向上サービスを提供する。</p> <p>イ 口腔清潔・唾液分泌・咀嚼・嚥下・食事摂取等の口腔機能の低下が認められる状態の者</p> <p>ロ 当該サービスを継続しないことにより、口腔機能が低下するおそれのある者</p> <p>⑦ 厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム(LIFE)関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。</p> <p>【参照】(参考通知)「科学的介護情報システム(LIFE)関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(令和3年3月16日老老発0316第4号)</p>
<p>(介護予防)「厚生労働省告示第127号」別表5へ注</p>	<p>(介護予防)「老計発第0317001号」第2の6(9)</p>
<p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府</p>	<p>(口腔機能向上加算の取扱いについて)</p>

<p>県知事に届け出て、口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの（以下この注及びトにおいて「口腔機能向上サービス」という。）を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき次に掲げる所定単位数を加算する。</p> <p>(1) 口腔機能向上加算(Ⅰ) 150単位</p> <p>(2) 口腔機能向上加算(Ⅱ) 160単位</p> <p>※ 別に厚生労働大臣が定める基準（「厚生労働大臣が定める基準」平成27年厚生労働省告示第95号の百八）</p> <p>介護予防通所リハビリテーション費における口腔機能向上加算の基準</p> <p>第20号の規定を準用する。⇒上記参照</p>	<p>通所介護と同様であるので、老企第36号7の(18)を参照されたい。</p> <p>ただし、指定介護予防通所リハビリテーションにおいて口腔機能向上サービスを提供する目的は、当該サービスを通じて要支援者ができる限り要介護状態にならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することであることに留意すること。</p> <p>なお、要支援者に対する当該サービスの実施に当たっては、口腔機能改善管理指導計画に定める口腔機能向上サービスをおおむね3月実施した時点で口腔機能の状態の評価を行い、その結果を当該要支援者に係る介護予防支援事業者等に報告するとともに、口腔機能向上に係る課題が解決され当該サービスを継続する必要性が認められない場合は、当該サービスを終了するものとする。</p>
--	--

<p>●介護制度改革 information vol.78「平成18年4月改定関係Q&A(vol.1)」(平成18年3月22日)</p>	
<p>介護予防通所介護・通所リハビリテーション（選択的サービス：口腔機能向上加算）</p>	
<p>(問35)</p> <p>言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が介護予防通所介護（通所介護）の口腔機能向上サービスを提供するに当たっては、医師又は歯科医師の指示は不要なのか。（各資格者は、診療の補助行為を行う場合には医師又は歯科医師の指示の下に業務を行うこととされている。）</p>	<p>(答)</p> <p>介護予防通所介護（通所介護）で提供する口腔機能向上サービスについては、ケアマネジメントにおける主治の医師又は主治の歯科医師からの意見も踏まえつつ、口腔清掃の指導や実施、摂食・嚥下機能の訓練の指導や実施を適切に実施する必要がある。</p>
<p>(問36)</p> <p>言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員の行う業務について、委託した場合についても加算を算定することは可能か。また、労働者派遣法に基づく派遣された職員ではどうか。</p>	<p>(答)</p> <p>口腔機能向上サービスを適切に実施する観点から、介護予防通所介護・通所リハビリテーション事業者に雇用された言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員（労働者派遣法に基づく紹介予定派遣により派遣されたこれらの職種のものを含む。）が行うものであり、御指摘のこれらの職種の者の業務を委託することは認められない。（なお、居宅サービスの通所介護・通所リハビリテーションにおける口腔機能向上加算についても同様の取扱いである。）</p>

<p>●介護保険最新情報 vol.69「平成21年4月改定関係Q&A(vol.1)」(平成21年3月23日)</p>	
<p>口腔機能向上加算（通所サービス）</p>	
<p>(問14)</p> <p>口腔機能向上加算を算定できる利用者として、「ハ その他口腔機能の低下している者又はそのおそれのある者」が挙げられているが、具体例としてはどのような者が対象となるか。</p>	<p>(答)</p> <p>例えば、認定調査票のいずれの口腔関連項目も「1」に該当する者、基本チェックリストの口腔関連項目の1項目のみが「1」に該当する又はいずれの口腔関連項目も「0」に該当する者であっても、介護予防ケアマネジメント又はケアマネジメントにおける課題分析に当たって、認定調査票の特記事項における記載内容（不足の判断根拠、介助方法の選択理</p>

	<p>由等)から、口腔機能の低下している又はそのおそれがあると判断される者については算定できる利用者として差し支えない。同様に、主治医意見書の摂食・嚥下機能に関する記載内容や特記すべき事項における記載内容(不足の判断根拠、介助方法の選択理由等)から、口腔機能の低下している又はそのおそれがあると判断される者については算定できる利用者として差し支えない。</p> <p>同様に、主治医意見書の摂食・嚥下機能に関する記載内容や特記すべき事項の記載内容等から口腔機能の低下している又はそのおそれがあると判断される者、視認により口腔内の衛生状態に問題があると判断される者、医師、歯科医師、介護支援専門員、サービス提供事業所等からの情報提供により口腔機能の低下している又はそのおそれがあると判断される者等についても算定して差し支えない。</p> <p>なお、口腔機能の課題分析に有用な参考資料(口腔機能チェックシート等)は、「口腔機能向上マニュアル」確定版(平成21年3月)に記載されているので対象者を把握する際の判断の参考にされたい。</p>
<p>(問15) 口腔機能向上サービスの開始又は継続にあたって必要な同意には、利用者又はその家族の自署又は押印は必ずしも必要ではないと考えるが如何。</p>	<p>(答) 口腔機能向上サービスの開始又は継続の際に利用者又はその家族の同意を口頭で確認し、口腔機能改善管理指導計画又は再把握に係る記録等に利用者又はその家族が同意した旨を記載すればよく、利用者又はその家族の自署又は押印は必須ではない。</p>

<p>●介護保険最新情報 vol.79「平成21年4月改定関係Q&A(vol.2)」(平成21年4月17日)</p>	
<p>口腔機能向上加算</p>	
<p>(問1) 口腔機能向上加算について、歯科医療との重複の有無については、歯科医療機関又は事業所のいずれにおいて判断するのか。</p>	<p>(答) 歯科医療を受診している場合の口腔機能向上加算の取扱いについて、患者又はその家族に説明した上、歯科医療機関が患者又は家族等に提供する管理計画書(歯科疾患管理料を算定した場合)等に基づき、歯科医療を受診した月に係る介護報酬の請求時に、事業所において判断する。</p>

<p>●介護保険最新情報 vol.267「平成24年度介護報酬改定に関するQ&A(vol.1)」(平成24年3月16日)</p>	
<p>栄養改善加算・口腔機能向上加算</p>	
<p>(問131) 栄養改善加算及び口腔機能向上加算は、サービスの提供開始から3月後に改善評価を行った後は算定できないのか。</p>	<p>(答) サービス開始から概ね3月後の評価において、解決すべき課題が解決されていない場合であって、当該サービスを継続する必要性が認められる場合は、3月以降も算定できる。</p> <p>なお、サービスを継続する場合であっても、アセスメント、計画作成、評価の手順に従って実施する必要があるが、課題解決に向けて効果が得られるよう、実施方法及び実施内容を見直す必要がある。</p>

<p>●介護保険最新情報 vol.952「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(vol.3)」(令和3年3月26日)</p>	
<p>栄養改善加算・口腔機能向上加算について</p>	

<p>(問 33)</p> <p>それぞれ別の通所介護・通所リハビリテーション事業所にしている場合、それぞれの事業所で同時に栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定することはできるのか。</p>	<p>(答)</p> <p>御指摘の件については、ケアマネジメントの過程で適切に判断されるものと認識しているが、①算定要件として、それぞれの加算に係る実施内容等を勘案の上、1事業所における請求回数に限度を設けていること、②2事業所において算定した場合の利用者負担等も勘案すべきことから、それぞれの事業所で栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定することは基本的には想定されない。</p>
--	--

<p>●介護保険最新情報 vol. 965 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.5) 」 (令和3年4月9日)</p>	
<p>科学的介護推進体制加算、個別機能訓練加算(Ⅱ)、リハビリテーションマネジメント加算(A)口及び(B)口、リハビリテーションマネジメント計画書情報加算、理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算、褥瘡マネジメント加算、褥瘡対策指導管理(Ⅱ)、排せつ支援加算、自立支援促進加算、かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)、薬剤管理指導の注2の加算、栄養マネジメント強化加算、栄養アセスメント加算、口腔衛生管理加算(Ⅱ)、<u>口腔機能向上加算(Ⅱ)</u>について</p>	
<p>(問 4)</p> <p>L I F E に提出すべき情報は「科学的介護情報システム(L I F E) 関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(令和3年3月16日老老発0316第4号)の各加算の様式例において示されているが、利用者又は入所者の評価等に当たっては、当該様式例を必ず用いる必要があるのか。</p>	<p>(答)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「科学的介護情報システム(L I F E) 関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(令和3年3月16日老老発0316第4号)においてお示しをしているとおり、評価等が算定要件において求められるものについては、それぞれの加算で求められる項目(様式で定められた項目)についての評価等が必要である。 ・ ただし、同通知はあくまでもL I F E への提出項目をお示ししたものであり、利用者又は入所者の評価等において各加算における様式と同一のものをを用いることを求めるものではない。

18 サービス種類相互の算定関係

- ・ 利用者が短期入所生活介護等の他サービスを受けている間は、算定しないこと。
- ・ 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院及び短期入所療養介護については、入所(入院)当日の入所(入院)前に利用した通所リハビリテーション費は算定できるが、退所・退院した日については算定できない。
- ・ 施設入所(入院)者の外泊時又は試行的退所時は算定できない。

根拠法令等	
「厚生省告示第19号」 別表7注17	「老企第36号」 第2の1 (2)(3)
<p>利用者が短期入所生活介護、短期入所療養介護若しくは特定施設入居者生活介護又は小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護若しくは複合型サービスを受けている間は、通所リハビリテーション費は、算定しない。</p>	<p>(2) サービス種類相互の算定関係について</p> <p>特定施設入居者生活介護又は認知症対応型共同生活介護若しくは地域密着型特定施設入居者生活介護を受けている間については、その他の指定居宅サービス又は指定地域密着型サービスに係る介護給付費(居宅療養管理指導費を除く。)は算定しないものであること。</p> <p>ただし、特定施設入居者生活介護又は認知症対応型共同生活介護の提供に必要な場合に、当該事業者の費用負担により、その利用</p>

	<p>者に対してその他の居宅サービス又は地域密着型サービスを利用させることは差し支えないものであること。また、短期入所生活介護又は短期入所療養介護を受けている間については、訪問介護費、訪問入浴介護費、訪問看護費、訪問リハビリテーション費、居宅療養管理指導費、通所介護費及び通所リハビリテーション費並びに定期巡回・随時対応型訪問介護看護費、夜間対応型訪問介護費、地域密着型通所介護費、認知症対応型通所介護費、小規模多機能型居宅介護費及び複合型サービス費は算定しないものであること。（後略）</p> <p>(3) 施設入所日及び退所日等における居宅サービスの算定について</p> <p>介護老人保健施設、介護療養型医療施設若しくは介護医療院の退所（退院）日又は短期入所療養介護のサービス終了日（退所・退院日）については、訪問看護費、訪問リハビリテーション費、居宅療養管理指導費及び通所リハビリテーション費は算定できない。訪問介護等の福祉系サービスは別に算定できるが、施設サービスや短期入所サービスでも、機能訓練やリハビリテーションを行えることから、退所（退院）日に通所介護サービスを機械的に組み込むといった居宅サービス計画は適正でない。</p> <p>また、入所（入院）当日であっても当該入所（入院）前に利用する訪問通所サービスは別に算定できる。ただし、入所（入院）前に通所介護又は通所リハビリテーションを機械的に組み込むといった居宅サービス計画は適正でない。</p> <p>また、施設入所（入院）者が外泊又は介護保健施設、経過的介護療養型医療施設若しくは介護医療院の試行的退所を行っている場合には、外泊時又は試行的退所時に居宅サービスは算定できない。</p>
<p>（介護予防）「厚生労働省告示第127号」別表5イ注5・6</p>	<p>（介護予防）「老計発第0317001号」第2の1(2)(3)</p>
<p>利用者が介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護若しくは介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防小規模多機能型居宅介護若しくは介護予防認知症対応型共同生活介護を受けている間は、介護予防通所リハビリテーション費は、算定しない。</p> <p>利用者が一の指定介護予防通所リハビリテーション事業所において指定介護予防通所リハビリテーションを受けている間は、当該指定介護予防通所リハビリテーション事業所以外の指定介護予防通所リハビリテーション事業所が指定介護予防通所リハビリテーションを行った場合に、介護予防通所リハビリテーション費は、算定しない。</p>	<p>(2) サービス種類相互の算定関係について</p> <p>介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護費を受けている間については、その他の介護予防サービス費又は地域密着型介護予防サービス費(介護予防居宅療養管理指導費を除く。)は算定しないものであること。ただし、指定介護予防特定施設入居者生活介護の提供に必要な場合に、当該事業者の費用負担により、その利用者に対してその他の介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービスを利用させることは差し支えないものであること。また、介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている間については、介護予防訪問介護費、介護予防訪問入浴介護費、介護予防訪問看護費、介護予防訪問リハビリテーション費、介護予防通所介護費及び介護予防通所リハビリテーション費並びに介護予防認知症対応型通所介護費及び介護予防小規模多機能型居宅介護費は算定しないものであること。（後略）</p>

	<p>(3) 退所日等における介護予防サービス費の算定について</p> <p>介護予防短期入所療養介護のサービス終了日(退所・退院日)については、介護予防訪問看護費、介護予防訪問リハビリテーション費、介護予防居宅療養管理指導費及び介護予防通所リハビリテーション費は算定できない。介護予防訪問介護等の福祉系サービスは別に算定できるが、介護予防短期入所サービスにおいても機能訓練やリハビリテーションを行えることから、退所(退院日)に介護予防通所介護を機械的に組み込むといった介護予防サービス計画は適正でない。</p> <p>なお、入所(入院)当日であっても当該入所(入院)前に利用する介護予防訪問通所サービスは別に算定できる。ただし、入所(入院)前に介護予防通所介護又は介護予防通所リハビリテーションを機械的に組み込むといった介護予防サービス計画は適正ではない。</p>
--	---

<p>●介護制度改革 information vol.78「平成 18 年 4 月改定関係 Q&A(vol.1)」(平成 18 年 3 月 22 日)</p>	
<p>介護予防通所介護・通所リハビリテーション(サービスの提供方法)</p>	
<p>(問 12) 介護予防通所介護と介護予防通所リハビリテーションを、それぞれ週 1 回ずつ利用する等同時に利用することは可能か。</p>	<p>(答) 地域包括支援センターが、利用者のニーズを踏まえ、適切にマネジメントを行って、計画に位置づけることから、基本的には、介護予防通所介護と介護予防通所リハビリテーションのいずれか一方が選択されることとなり、両者が同時に提供されることは想定していない。</p>
<p>(問 13) ある指定介護予防通所介護事業所において指定介護予防通所介護を受けている間は、それ以外の指定介護予防通所介護事業所が指定介護予防通所介護を行った場合に、介護予防通所介護費を算定しないとあるが、その趣旨如何。</p>	<p>(答) 介護予防通所介護においては、介護予防ケアマネジメントで設定された利用者の目標の達成を図る観点から、一の事業所において、一月を通じ、利用回数、提供時間、内容など、個々の利用者の状態や希望に応じた介護予防サービスを提供することを想定しており、介護報酬についてもこうした観点から包括化したところである。</p>

19 重度療養管理加算

<ul style="list-style-type: none"> 要介護3、要介護4又は要介護5に該当する者であって別に厚生労働大臣の定める状態にある利用者に対して、計画的な医学的管理を継続的に行い通所リハビリテーションを行った場合に算定すること。 医学的管理の内容等を診療録に記録しておくこと。 <p>【指導事例】</p> <ul style="list-style-type: none"> 計画的な医学的管理を行ったにもかかわらず、当該医学的管理の内容等を記録していなかった。
--

<p>根拠法令等</p>	
<p>「厚生省告示第19号」 別表7注18</p>	<p>「老企第36号」 第2の8(20)</p>
<p>別に厚生労働大臣が定める状態にある利用者(要介護状態区分が)</p>	<p>(重度療養管理加算について)</p>

要介護3、要介護4又は要介護5である者に限る。)に対して、計画的な医学的管理のもと、指定通所リハビリテーションを行った場合に、重度療養管理加算として、1日につき100単位を所定単位数に加算する。ただし、イ(1)、ロ(1)及びハ(1)を算定している場合は、算定しない。

※ 別に厚生労働大臣が定める状態(「厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等」平成27年厚生労働省告示第94号の十八)(以下、「利用者等告示」という。)

イ 常時頻回の喀痰吸引を実施している状態

ロ 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態

ハ 中心静脈注射を実施している状態

ニ 人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態

ホ 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態

ヘ 膀胱または直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則(昭和25年厚生省令第15号)別表第5号に掲げる身体障害者障害程度等級表の4級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態

ト 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態

チ 褥瘡に対する治療を実施している状態

リ 気管切開が行われている状態

① 重度療養管理加算は、要介護3、要介護4又は要介護5に該当する者であって別に厚生労働大臣の定める状態(利用者等告示)にある利用者に対して、計画的な医学的管理を継続的に行い指定通所リハビリテーションを行った場合に当該加算を算定する。当該加算を算定する場合にあつては、当該医学的管理の内容等を診療録に記録しておくこと。

② 当該加算を算定できる利用者は、次のいずれかについて、当該状態が一定の期間や頻度で継続している者であることとする。なお、請求明細書の摘要欄に該当する状態(利用者等告示第18号のイからリまで)を記載することとする。なお、複数の状態に該当する場合は主たる状態のみを記載すること。

ア 利用者等告示第18号イの「常時頻回の喀痰吸引を実施している状態」とは、当該月において1日当たり8回(夜間を含め約3時間に1回程度)以上実施している日が20日を超える場合をいうものであること。

イ 利用者等告示第18号ロの「呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態」については、当該月において1週間以上人工呼吸又は間歇的陽圧呼吸を行っている場合をいう。

ウ 利用者等告示第18号ハの「中心静脈注射を実施している状態」については、中心静脈注射により薬剤の投与をされている利用者又は中心静脈栄養以外に栄養維持が困難な利用者である場合をいう。

エ 利用者等告示第18号ニの「人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態」については、人工腎臓を各週2日以上実施しているものであり、かつ、次に掲げるいずれかの合併症をもつものである場合をいう

A 透析中に頻回の検査、処置を必要とするインスリン注射を行っている糖尿病

B 常時低血圧(収縮期血圧が90mmHg以下)

C 透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈するもの

D 出血性消化器病変を有するもの

E 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの

F うっ血性心不全(NYHAⅢ度以上)のもの

オ 利用者等告示第18号ホの「重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態」については、持続性心室性頻拍や心室細動等の重症不整脈発作を繰り返す状態、収縮期血圧90mmHg以下が持続する状態、又は、酸素吸入を行っても動脈血酸素飽和度90%以下の状態で常時、心電図、血圧、動脈血酸素飽和度のいずれかを含むモニタリングを行っ

	<p>ている場合をいう。</p> <p>カ 利用者等告示第 18 号への「膀胱または直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則（昭和 25 年厚生省令第 15 号）別表第 5 号に掲げる身体障害者障害程度等級表の 4 級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態」については、当該利用者に対して、皮膚の炎症等に対するケアを行った場合をいう。</p> <p>キ 利用者等告示第 18 号トの「経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態」については、経口摂取が困難で経腸栄養以外に栄養維持が困難な利用者に対して、経腸栄養を行った場合をいう。</p> <p>ク 利用者等告示第 18 号チの「褥瘡に対する治療を実施している状態」については、以下の分類で第三度以上に該当し、かつ、当該褥瘡に対して必要な処置を行った場合に限る。</p> <p>第一度：皮膚の発赤が持続している部分があり、圧迫を取り除いても消失しない（皮膚の損傷はない）</p> <p>第二度：皮膚層の部分的喪失（びらん、水疱、浅いくぼみとして表れるもの）</p> <p>第三度：皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深くぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある</p> <p>第四度：皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している</p> <p>ケ 利用者等告示第 18 号リの「気管切開が行われている状態」については、気管切開が行われている利用者について、気管切開の医学的管理を行った場合をいう。</p>
--	--

20 中重度者ケア体制加算

- 指定通所リハビリテーション事業所の看護職員又は介護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で一以上確保していること。

根拠法令等	
「厚生省告示第 19 号」 別表 7 注 19	「老企第 36 号」 第 2 の 8 (21)
別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所が、中重度の要介護者を受け入れる体制を構築し、指定通所リハビリテーションを行った場合は、中重度者ケア体制加算として、1 日につき 20 単位を所定単位数に加算する。	（中重度者ケア体制加算について） 通所介護と同様であるので、7(9)を参照されたい。ただし、「常勤換算方法で 2 以上」とあるものは「常勤換算方法で 1 以上」と、「ケアを計画的に実施するプログラム」とあるのは「リハビリテーションを計画的に実施するプログラム」と読み替えること。

※ 別に厚生労働大臣が定める基準（「厚生労働大臣が定める基準」平成27年厚生労働省告示第95号の三十一）

通所リハビリテーション費における中重度者ケア体制加算の基準次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

イ 指定通所リハビリテーション事業所の看護職員又は介護職員の員数（指定居宅サービス等基準第111条第1項第2号イ又は同条第2項第1号に規定する要件を満たす員数をいう。）に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法（指定居宅サービス等基準第2条第7号に規定する常勤換算方法をいう。）で1以上確保していること。

ロ 前年度又は算定日が属する月の前3月間の指定通所リハビリテーション事業所の利用者数の総数のうち、要介護状態区分が要介護3、要介護4又は要介護5である者の占める割合が百分の三十以上であること。

ハ 指定通所リハビリテーションを行う時間帯を通じて、専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる看護職員を1名以上配置していること。

【参照】7(9)

（中重度者ケア体制加算について）

① 中重度者ケア体制加算は、毎月ごとに、指定居宅サービス等基準第93条第1項に規定する看護職員又は介護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上確保する必要がある。このため、常勤換算方法による職員数の算定方法は、毎月ごとの看護職員又は介護職員の勤務延時間数を、当該事業所において常勤の職員が勤務すべき時間数で除することによって算定し、毎月において常勤換算方法で2以上確保していれば加算の要件を満たすこととする。なお、常勤換算方法を計算する際の勤務延時間数については、サービス提供時間前後の延長加算を算定する際に配置する看護職員又は介護職員の勤務時間数は含めないこととし、常勤換算方法による員数については、小数点第2位以下を切り捨てるものとする。

② 要介護3、要介護4又は要介護5である者の割合については、前年度（3月を除く。）又は届出日の属する月の前3月の1月当たりの実績の平均について、利用実人員数又は利用延人員数を用いて算定するものとし、要支援者に関しては人員数には含めない。

③ 利用実人員数又は利用延人員数の割合の計算方法は、次の取扱いによるものとする。

イ 前年度の実績が6月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）については、前年度の実績による加算の届出はできないものとする。

ロ 前3月の実績により届出を行った事業所については、届出を行った月以降においても、直近3月間の利用者の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。また、その割合については、毎月ごとに記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに第一の5の届出を提出しなければならない。

④ 看護職員は、指定通所介護を行う時間帯を通じて1名以上配置する必要があり、他の職務との兼務は認められない。

⑤ 中重度者ケア体制加算については、事業所を利用する利用者全員に算定することができる。また、注12の認知症加算の算定要件も満たす場合は、中重度者ケア体制加算の算定とともに認知症加算も算定できる。

⑥ 中重度者ケア体制加算を算定している事業所にあつては、中重度の要介護者であっても社会性の維持を図り在宅生活の継続に資するケアを計画的に実施するプログラムを作成することとする。

中重度者ケア体制加算	
(問 106) 中重度者ケア体制加算において、通所リハビリテーションを行う時間帯を通じて、看護職員を1以上確保していることとあるが、2名の専従看護職員が両名とも体調不良等で欠勤し一日でも不在になった場合、利用者全員について算定できるか。	(答) 時間帯を通じて看護職員を1以上確保していることが必要である。

●介護保険最新情報 vol.471 「平成27年度介護報酬改定に関する関係 Q&A (vol.2)」 (平成27年4月30日)	
中重度ケア体制加算	
(問3) 加算算定の要件に、通所介護を行う時間帯を通じて、専従で看護職員を配置していることとあるが、全ての営業日に看護職員を配置できない場合に、配置があった日のみ当該加算の算定対象となるか。	(答) 貴見のとおり。

2.1 科学的介護推進体制加算

- 利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出し、必要に応じて通所リハビリテーション計画を見直すなど、指定通所リハビリテーションの提供に当たって、提出した情報その他指定通所リハビリテーションを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

根拠法令等	
「厚生省告示第19号」 別表7注20	「老企第36号」 第2の8(22)
次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し指定通所リハビリテーションを行った場合は、科学的介護推進体制加算として、1月につき40単位を所定単位数に加算する。 イ 利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。 ロ 必要に応じて通所リハビリテーション計画を見直すなど、指定通所リハビリテーションの提供に当たって、イに規定する情報その他指定通所リハビリテーションを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。	(科学的介護推進体制加算について) 通所介護と同様であるので、7(19)を参照されたい。 【参照】7(19) ① 科学的介護推進体制加算は、原則として利用者全員を対象として、利用者ごとに注19に掲げる要件を満たした場合に、当該事業所の利用者全員に対して算定できるものであること。 ② 情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム(LIFE)関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。 ③ 事業所は、利用者に提供するサービスの質を常に向上させるため、計画(Plan)、実行(Do)、評価(Check)、改善(Action)のサイクル(PDCAサイクル)により、質の高いサービスを実施する体制を構築するとともに、その更なる向上に努めることが重要であり、具体的には、次のような一連の取組が求められる。

	<p>したがって、情報を厚生労働省に提出するだけでは、本加算の算定対象とはならない。</p> <p>イ 利用者の心身の状況等に係る基本的な情報に基づき、適切なサービスを提供するためのサービス計画を作成する（Plan）。</p> <p>ロ サービスの提供に当たっては、サービス計画に基づいて、利用者の自立支援や重度化防止に資する介護を実施する（Do）。</p> <p>ハ L I F Eへの提出情報及びフィードバック情報等も活用し、多職種が共同して、事業所の特性やサービス提供の在り方について検証を行う（Check）。</p> <p>ニ 検証結果に基づき、利用者のサービス計画を適切に見直し、事業所全体として、サービスの質の更なる向上に努める（Action）。</p> <p>④ 提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。</p> <p>【参照】（参考通知）「科学的介護情報システム（L I F E）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和3年3月16日老老発0316第4号）</p>
<p>（介護予防）「厚生労働省告示第127号」別表5リ注</p>	<p>「老計発第0317001号」第2の6(ロ)</p>
<p>リ 科学的介護推進体制加算 40単位</p> <p>注 次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護予防通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し指定介護予防通所リハビリテーションを行った場合は、科学的介護推進体制加算として、1月につき所定単位数を加算する。</p> <p>(1) 利用者ごとのADL値（ADLの評価に基づき測定した値をいう。以下同じ。）、栄養状態、口腔（くう）機能、認知症（法第5条の2第1項に規定する認知症をいう。以下同じ。）の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。</p> <p>(2) 必要に応じて介護予防通所リハビリテーション計画（指定介護予防サービス基準第125条第2号に規定する介護予防通所リハビリテーション計画をいう。）を見直すなど、指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たって、(1)に規定する情報その他指定介護予防通所リハビリテーションを適切かつ有効に提供する</p>	<p>（科学的介護推進体制加算の取扱いについて）</p> <p>通所介護と同様であるので、老企第36号7の(9)参照されたい。</p>

●介護保険最新情報 vol.952 「令和3年度介護報酬改定に関する関係 Q&A (vol.3)」（令和3年3月26日）

科学的介護推進体制加算、自立支援促進加算、褥瘡マネジメント加算、排せつ支援加算、栄養マネジメント強化加算について

<p>(問 16)</p> <p>要件として定められた情報を「やむを得ない場合を除き、すべて提出すること」とされているが、「やむを得ない場合」とはどのような場合か。</p>	<p>(答)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ やむを得ない場合とは、例えば、通所サービスの利用者について、情報を提出すべき月において、当該月の中旬に評価を行う予定であったが、緊急で月初に入院することとなり、当該利用者について情報の提出ができなかった場合や、データを入力したにも関わらず、システムトラブル等により提出ができなかった場合等、利用者単位で情報の提出ができなかった場合がある。 ・ また、提出する情報についても、例えば、全身状態が急速に悪化した入所者について、必須項目である体重等が測定できず、一部の情報しか提出できなかった場合等であっても、事業所・施設の利用者又は入所者全員に当該加算を算定することは可能である。 ・ ただし、情報の提出が困難であった理由について、介護記録等に明記しておく必要がある。
<p>(問 17)</p> <p>L I F Eに提出する情報に、利用者の氏名や介護保険被保険者番号等の個人情報が含まれるが、情報の提出に当たって、利用者の同意は必要か。</p>	<p>(答)</p> <p>L I F Eの利用者登録の際に、氏名や介護保険被保険者番号等の個人情報を入力いただくが、L I F Eのシステムにはその一部を匿名化した情報が送られるため、個人情報を収集するものではない。そのため、加算の算定に係る同意は必要ではあるものの、情報の提出自体については、利用者の同意は必要ない。</p>
<p>(問 18)</p> <p>加算を算定しようと考えているが、例えば入所者のうち1人だけでも加算の算定に係る同意が取れない場合には算定できないのか。</p>	<p>(答)</p> <p>加算の算定に係る同意が得られない利用者又は入所者がいる場合であっても、当該者を含む原則全ての利用者又は入所者に係る情報を提出すれば、加算の算定に係る同意が得られた利用者又は入所者について算定が可能である。</p>
<p>BarthelIndex の読み替えについて</p>	
<p>(問 19)</p> <p>科学的介護推進体制加算、ADL維持等加算(I)若しくは(II)、自立支援促進加算、個別機能訓練加算(II)、リハビリテーションマネジメント加算(A)口若しくは(B)口、リハビリテーションマネジメント計画書情報加算又は理学療法若しくは作業療法及び言語聴覚療法に係る加算において、BarthelIndex (B I) のデータ提出に際して、老人保健健康増進等事業において一定の読み替え精度について検証されている I C F ステージングから読み替えたものを提出してもよいか。</p>	<p>(答)</p> <p>B I の提出については、通常、B I を評価する場合に相当する読み替え精度が内容の妥当性を含め客観的に検証された指標について、測定者が、</p> <ul style="list-style-type: none"> － B I に係る研修を受け、 － B I への読み替え規則を理解し、 － 読み替え精度等を踏まえ、必要に応じて、読み替えの際に、正確な B I を別途評価する等の対応を行い、提出することが必要である。

<p>●介護保険最新情報 vol.991 「令和3年度介護報酬改定に関する関係 Q&A (vol.10) 」 (令和3年6月9日)</p>	
<p>科学的介護推進体制加算、自立支援促進加算、褥瘡マネジメント加算、排せつ支援加算について</p>	
<p>(問 2)</p> <p>サービス利用中に入院等の事由により、一定期間サービス利用がなかった場合について、加算の要件である情報提出の取扱い如何。</p>	<p>(答)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ これらの加算については、算定要件として、サービスの利用を開始した日の属する月や、サービスの提供を終了する日の属する月の翌月 10 日までに、L I F E への情報提出を行っていただくこととしている。 ・ 当該サービスの再開や当該施設への再入所を前提とした、

	<p>短期間の入院等による 30 日未満のサービス利用の中断については、当該中断の後、当該サービスの利用を再開した場合は、加算の算定要件であるサービス利用終了時やサービス利用開始時の情報提出は必要ないものとして差し支えない。</p> <ul style="list-style-type: none"> 一方、長期間の入院等により、30 日以上、当該サービスの利用がない場合は、加算の算定要件であるサービス利用終了時の情報提出が必要であるとともに、その後、当該サービスの利用を再開した場合は、加算の算定要件であるサービス利用開始時の情報提出が必要となる。 <p>※ サービス利用開始時に情報提出が必要な加算：<u>科学的介護推進体制加算</u>、<u>自立支援促進加算</u>、<u>褥瘡マネジメント加算</u>、<u>排せつ支援加算</u></p> <p>※ サービス利用終了時に情報提出が必要な加算：<u>科学的介護推進体制加算</u></p>
科学的介護推進体制加算について	
<p>(問3) サービス利用中に利用者の死亡により、当該サービスの利用が終了した場合について、加算の要件である情報提出の取扱い如何。</p>	<p>(答) 当該利用者の死亡した月における情報を、サービス利用終了時の情報として提出する必要があるが、死亡により、把握できない項目があった場合は、把握できた項目のみの提出でも差し支えない。</p>

2.2 事業所と同一の建物に居住する利用者に対する取扱い

- 事業所と同一建物に居住する者又は事業所と同一建物から当該通所リハビリテーション事業所に通う者に対して通所リハビリテーションを行った場合に減算すること。
- ただし、傷病により一時的に送迎が必要であると認められる利用者その他やむを得ない事情により送迎が必要であると認められる利用者に対して送迎を行った場合は、この限りではない。

根拠法令等	
「厚生省告示第19号」 別表7注21	「老企第36号」 第2の8(23)
<p>指定通所リハビリテーション事業所と同一建物に居住する者又は指定通所リハビリテーション事業所と同一建物から当該指定通所リハビリテーション事業所に通う者に対し、指定通所リハビリテーションを行った場合は、1日につき94単位を所定単位数から減算する。ただし、傷病その他やむを得ない事情により送迎が必要であると認められる利用者に対して送迎を行った場合は、この限りではない。</p>	<p>(事業所と同一の建物に居住する利用者又は同一建物から通う利用者に通所介護を行う場合の取扱い)</p> <p>通所介護と同様であるので、7(20)を参照されたい。</p> <p>【参照】7(20)</p> <p>① 同一建物の定義</p> <p>注21における「同一建物」とは、当該指定通所介護事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物を指すものであり、具体的には、当該建物の1階部分に指定通所介護事業所がある場合や、当該建物と渡り廊下等で繋がっている場合が該当し、同一敷地内にある別棟の建築物や道路を挟んで隣接する場合は該当しない。</p> <p>また、ここでいう同一建物については、当該建築物の管理、運</p>

	<p>営法人が当該指定通所介護事業所の指定通所介護事業者と異なる場合であっても該当するものであること。</p> <p>② なお、傷病により一時的に送迎が必要であると認められる利用者その他やむを得ない事情により送迎が必要と認められる利用者に対して送迎を行った場合は、例外的に減算対象とならない。具体的には、傷病により一時的に歩行困難となった者又は歩行困難な要介護者であって、かつ建物の構造上自力での通所が困難である者に対し、2人以上の従業者が、当該利用者の居住する場所と当該指定通所介護事業所との往復の移動を介助した場合に限られること。ただし、この場合、2人以上の従業者による移動介助を必要とする理由や移動介助の方法及び期間について、介護支援専門員とサービス担当者会議等で慎重に検討し、その内容及び結果について通所介護計画に記載すること。また、移動介助者及び移動介助時の利用者の様子等について、記録しなければならない。</p>
<p>(介護予防) 「厚生労働省告示第127号」 別表5イ注7</p>	<p>「老計発第0317001号」 第2の6(4)</p>
<p>指定介護予防通所リハビリテーション事業所と同一建物に居住する者又は指定介護予防通所リハビリテーション事業所と同一建物から当該指定介護予防通所リハビリテーション事業所に通う者に対し、指定介護予防通所リハビリテーションを行った場合は、1月につき次の単位を所定単位数から減算する。ただし、傷病その他やむを得ない事情により送迎が必要であると認められる利用者に対して送迎を行った場合は、この限りではない。</p> <p>イ 要支援1 376単位</p> <p>ロ 要支援2 752単位</p>	<p>(指定介護予防通所リハビリテーション事業所と同一建物に居住する者に対し指定介護予防通所リハビリテーションを行った場合の減算について)</p> <p>① 同一建物の定義</p> <p>通所介護と同様であるので、老企第36号7の20①を参照されたい。</p> <p>② 注7の減算の対象</p> <p>注7の減算の対象となるのは、当該事業所と同一建物に居住する者及び同一建物から指定介護予防通所リハビリテーションを利用する者に限られることに留意すること。したがって、例えば、自宅(同一建物に居住する者を除く。)から指定介護予防通所リハビリテーション事業所へ通い、同一建物に宿泊する場合、この日は減算の対象とならないが、同一建物に宿泊した者が指定介護予防通所リハビリテーション事業所へ通い、自宅(同一建物に居住する者を除く。)に帰る場合、この日は減算の対象となる。</p> <p>③ なお、傷病により一時的に送迎が必要であると認められる利用者その他やむを得ない事情により送迎が必要と認められる利用者に対して1月を通じて当該サービスを提供する日ごとに送迎を行った場合は、例外的に減算対象とならない。この場合の具体的な例及び記録については、通所介護と同様であるので、老企第36号7の20②を参照されたい</p>

<p>●介護保険最新情報 vol.267「平成24年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.1)」(平成24年3月16日)</p>	
<p>同一建物居住者等に通所系サービスを行う場合の減算</p>	
<p>(問55)</p>	<p>(答)</p>

「建物の構造上自力での通所が困難」とは、具体的にどのような場合か。	当該建物にエレベーターがない又は故障中の場合を指す。
-----------------------------------	----------------------------

2.3 事業所が送迎を行わない場合（送迎減算）

- ・ 利用者の居宅と指定通所リハビリテーション事業所との間の送迎を行わない場合は減算すること。
- ・ ただし、事業所と同一の建物に居住する利用者に対する取扱いとして減算の対象となっている場合は、減算の対象とはならない。

根拠法令等	
「厚生省告示第19号」 別表7注22	「老企第36号」 第2の8(24)
利用者に対して、その居宅と指定通所リハビリテーション事業所との間の送迎を行わない場合は、片道につき47単位を所定単位数から減算する。	(送迎を行わない場合の減算について) 利用者が自ら通う場合、利用者の家族等が送迎を行う場合など事業者が送迎を実施していない場合は、片道につき減算の対象となる。 ただし、注21の減算の対象となっている場合には、当該減算の対象とはならない。

●介護保険最新情報 vol. 454 「平成 27 年度介護報酬改定に関する Q&A」（平成 27 年 4 月 1 日）

送迎減算

(問 60) 指定通所介護事業所等の設備を利用した宿泊サービスを利用する場合の送迎減算の考え方如何。	(答) 宿泊サービスの利用の有無にかかわらず、送迎をしていなければ減算となる。
(問 61) 送迎減算は、個別サービス計画上、送迎が往復か片道かを位置付けさせた上で行うことになるため、利用者宅に迎えに行ったが、利用者や家族等の都合で結果的に利用者の家族等が、事業所まで利用者を送った場合には、減算の対象とならないのか。	(答) 送迎減算の有無に関しては、個別サービス計画上、送迎が往復か片道かを位置付けさせた上で、実際の送迎の有無を確認の上、送迎を行っていなければ減算となる。
(問 62) 通所介護等について、事業所の職員が徒歩で利用者の送迎を実施した場合には、車両による送迎ではないが、送迎を行わない場合の減算対象にはならないと考えて良いか。	(答) 徒歩での送迎は、減算の対象にはならない。

●介護保険最新情報 vol.657 「平成 30 年度介護報酬改定に関する Q&A」（平成 30 年 5 月 29 日）

送迎の実施について

介護予防通所リハビリテーションにおいて、利用者の居宅から指定介護予防通所リハビリテーション事業所との間の送迎を実施しない場合、基本報酬を算定してよいか。	利用者の居宅から指定介護予防通所リハビリテーション事業所との間の送迎を実施することが望ましいが、利用者の状態を把握し、利用者の同意が得られれば、送迎を実施しない場合であっても基本報酬を算定して差し支えない。
--	---

●介護保険最新情報 vol. 952 「令和 3 年度介護報酬改定に関する Q&A (vol.3)」（令和 3 年 3 月 26 日）

送迎減算

(問 30)	(答)
--------	-----

<p>訪問介護員等による送迎で通所サービスを利用する場合、介護報酬はどのよう算定すればよいか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 送迎については、通所サービスの介護報酬において評価しており、利用者の心身の状況により通所サービスの事業所の送迎車を利用することができないなど特別な事情のない限り、訪問介護員等による送迎を別途訪問介護費として算定することはできない。 ただし、利用者が、居宅から病院等の目的地を経由して通所サービスの事業所へ行く場合や、通所サービスの事業所から病院等の目的地を経由して居宅へ帰る場合等、一定の条件の下に、令和3年度から訪問介護費を算定することができることとする。 なお、訪問介護員等により送迎が行われる場合、当該利用者が利用している通所サービスの事業所の従業者が当該利用者の居宅と事業所間の送迎を実施していないため、送迎減算が適用されることに留意すること。
<p>(問31) A事業所の利用者について、B事業所の従業者が当該利用者の居宅とA事業所との間の送迎を行った場合、送迎減算は適用されるのか。</p>	<p>(答) 送迎減算は、送迎を行う利用者が利用している事業所の従業者（問中の事例であれば、A事業所の従業者）が当該利用者の居宅と事業所間の送迎を実施していない場合に適用されるものであることから、適用される。ただし、B事業所の従業者がA事業所と雇用契約を締結している場合は、A事業所の従業者（かつB事業所の従業者）が送迎を実施しているものと解されるため、この限りではない。</p>
<p>(問32) A事業所の利用者について、A事業所が送迎に係る業務を委託した事業者により、当該利用者の居宅とA事業所との間の送迎が行われた場合、送迎減算は適用されるのか。</p>	<p>(答) 指定通所介護等事業者は、指定通所介護等事業所ごとに、当該指定通所介護等事業者の従業者によって指定通所介護等を提供しなければならないこととされている。ただし、利用者の処遇に直接影響を及ぼさない業務についてはこの限りではないことから、各通所介護等事業所の状況に応じ、送迎に係る業務について第三者へ委託等を行うことも可能である。なお、問中の事例について、送迎に係る業務が委託され、受託した事業者により、利用者の居宅と事業所との間の送迎が行われた場合は、送迎減算は適用されない。</p>

2.4 移行支援加算

- 通所リハビリテーションの提供を終了した日から起算して14日以降44日以内に、当該サービス終了者に対して指定通所介護等の実施状況を確認し、記録すること。
- 指定通所介護等の事業所へ移行するに当たり、リハビリテーション計画書を移行先事業所へ提供すること。

根拠法令等	
「厚生省告示第19号」 別表7 二注	「老企第36号」 第2の8(27)
<p>ニ 移行支援加算 12単位</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所が、リハビリテーションを行い、利用者の指定通所介護事業所等への移行等を</p>	<p>(移行支援加算について)</p> <p>訪問リハビリテーションと同様であるので、5(1)を参照されたい。</p> <p>ただし、この場合、「指定通所介護等」とあるのは「指定通所介護等（指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリ</p>

支援した場合は、移行支援加算として、評価対象期間（別に厚生労働大臣が定める期間をいう。）の末日が属する年度の次の年度内に限り、1日につき所定単位数を加算する。

※ 別に厚生労働大臣が定める基準（「厚生労働大臣が定める基準」平成27年厚生労働省告示第95号の三十二）

通所リハビリテーション費における移行支援加算の基準

イ 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) 評価対象期間において指定通所リハビリテーションの提供を終了した者（生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定した者を除く。以下「通所リハビリテーション終了者」という。）のうち、指定通所介護等（指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションを除く。）を実施した者の占める割合が100分の3を超えていること。

(2) 評価対象期間中に指定通所リハビリテーションの提供を終了した日から起算して14日以降44日以内に、通所リハビリテーション従業者（指定居宅サービス等基準第111条第1項に規定する通所リハビリテーション従業者をいう。）が、通所リハビリテーション終了者に対して、当該通所リハビリテーション終了者の指定通所介護等の実施状況を確認し、記録していること。

ロ 12を当該指定通所リハビリテーション事業所の利用者の平均利用月数で除して得た数が100分の27以上であること。

ハ 通所リハビリテーション終了者が指定通所介護等の事業所へ移行するに当たり、当該利用者のリハビリテーション計画書を移行先の事業所へ提供すること。

※ 別に厚生労働大臣が定める期間（「厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等」平成27年厚生労働省告示第94号の十九）

指定居宅サービス介護給付費単位数表の通所リハビリテーション費の二の注の厚生労働大臣が定める期間

移行支援加算を算定する年度の初日の属する年の前年の1月から12月までの期間（厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た年においては、届出の日から同年12月までの期間）

テーションは除く。）と読み替えること。

【参照】5(1)

① 移行支援加算におけるリハビリテーションは、通所リハビリテーション計画に家庭や社会への参加を可能とするための目標を作成した上で、利用者のADL及びIADLを向上させ、指定通所介護等に移行させるものであること。

② 「その他社会参加に資する取組」には、医療機関への入院や介護保険施設への入所、指定通所リハビリテーション、指定認知症対応型共同生活介護等は含まれず、算定対象とならないこと。

③ 大臣基準告示第13号イ(1)の基準において、指定通所介護等（指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションは除く。）を実施した者の占める割合及び基準第13号ロにおいて、12月を指定通所リハビリテーション事業所の利用者の平均利用月数で除して得た数については、小数点第3位以下は切り上げること。

④ 平均利用月数については、以下の式により計算すること。

イ (i) に掲げる数 ÷ (ii) に掲げる数

(i) 当該事業所における評価対象期間の利用者ごとの利用者延月数の合計

(ii) (当該事業所における評価対象期間の新規利用者数の合計 + 当該事業所における評価対象期間の新規終了者数の合計) ÷ 2

ロ イ(i)における利用者には、当該施設の利用を開始して、その日のうちに利用を終了した者又は死亡した者を含むものである。

ハ イ(i)における利用者延月数は、利用者が評価対象期間において当該事業所の提供する通所リハビリテーションを利用した月数の合計をいう。

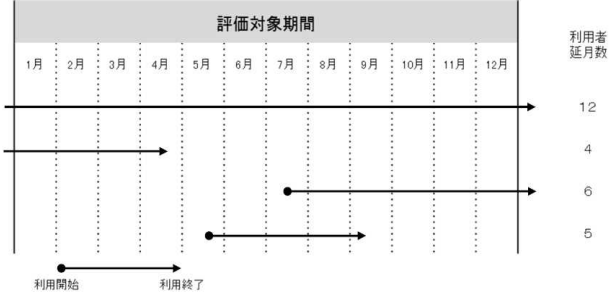
ニ イ(ii)における新規利用者数とは、当該評価対象期間に新たに当該事業所の提供する指定通所リハビリテーションを利用した者の数をいう。また、当該事業所の利用を終了後、12月以上の期間を空けて、当該事業所を再度利用した者については、新規利用者として取り扱うこと。

ホ イ(ii)における新規終了者数とは、評価対象期間に当該事業所の提供する指定通所リハビリテーションの利用を終了した者の数をいう。

⑤ 「指定通所介護等（指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションは除く。）の実施」状況の確認に当たっては、指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作

	<p>業療法士又は言語聴覚士が、リハビリテーション計画書のアセスメント項目を活用しながら、リハビリテーションの提供を終了した時と比較して、ADL及びIADLが維持又は改善していることを確認すること。</p> <p>なお、電話等での実施を含め確認の手法は問わないこと。</p> <p>⑥ 「当該利用者のリハビリテーション計画書を移行先の事業所へ提供」については、利用者の円滑な移行を推進するため、<u>指定通所リハビリテーション終了者が指定通所介護、指定地域密着型通所介護、指定認知症対応型通所介護、指定小規模多機能型通所介護、指定看護小規模多機能型居宅介護、指定介護予防通所リハビリテーション、指定介護予防認知症対応型通所介護又は指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所へ移行する際に</u>、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」の別紙様式2-2-1及び2-2-2のリハビリテーション計画書等の情報を利用者の同意の上で指定通所介護、指定地域密着型通所介護、指定認知症対応型通所介護、指定小規模多機能型通所介護、指定看護小規模多機能型居宅介護、指定介護予防通所リハビリテーション、指定介護予防認知症対応型通所介護又は指定介護予防小規模多機能型居宅介護の事業所へ提供すること。なお、指定通所介護事業所等の事業所への情報提供に際しては、リハビリテーション計画書の全ての情報ではなく、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」に示す別紙様式2-2-1及び2-2-2の本人の希望、家族の希望、健康状態・経過、リハビリテーションの目標、リハビリテーションサービス等の情報を抜粋し、提供することで差し支えない。</p>
--	---

<p>●介護保険最新情報 vol.948 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.2)」 (令和3年3月23日)</p>	
<p>移行支援加算</p>	
<p>(問 12) 移行支援加算に係る解釈通知における、「(i) 当該事業所における評価対象期間の利用者ごとの利用者延月数の合計」は、具体的にはどのように算出するか。</p>	<p>(答)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 移行支援加算は、利用者のADL・IADLが向上し、社会参加に資する取組に移行する等を指標として、質の高いリハビリテーションを提供する事業所を評価するものである。 ・ そのため、「社会参加への移行状況」と「サービスの利用の回転」を勘案することとしている。 ・ このうち、「サービスの利用の回転」の算定方法は下記のとおりである。 $\frac{12\text{月}}{\text{平均利用月数}} \geq 25\% \quad (\text{通所リハビリテーションは}\geq 27\%)$ <ul style="list-style-type: none"> ・ この平均利用月数を算出する際に用いる、「(i) 当

	<p>該事業所における評価対象期間の利用者ごとの利用者延月数の合計」とは、評価対象期間に当該事業所を利用した者の、評価対象期間におけるサービス利用の延月数（評価対象期間の利用者延月数）を合計するものである。なお、評価対象期間以外におけるサービスの利用は含まない。</p> <p>(評価対象期間の利用者ごとの利用者延月数のイメージ)</p> 
<p>(問 17) 移行支援加算について、既に訪問（通所）リハビリテーションと通所介護を併用している利用者が、訪問（通所）リハビリテーションを終了し、通所介護はそのまま継続となった場合、「終了した後通所事業を実施した者」として取り扱うことができるか。</p>	<p>(答) 貴見のとおりである。</p>
<p>(問 18) 移行支援加算は事業所の取り組んだ内容を評価する加算であるが、同一事業所において、当該加算を取得する利用者と取得しない利用者があることは可能か。</p>	<p>(答) 同一事業所において、加算を取得する利用者と取得しない利用者があることはできない。</p>
<p>(問 19) 利用者が訪問リハビリテーションから通所リハビリテーションへ移行して、通所リハビリテーション利用開始後 2 月で通所介護に移行した場合、訪問リハビリテーションの社会参加支援加算の算定要件を満たしたことになるか。</p>	<p>(答) 貴見のとおりである。</p>
<p>(問 20) 移行支援加算で通所リハビリテーションから通所介護、訪問リハビリテーションから通所リハビリテーション等に移行後、一定期間後元のサービスに戻った場合、再び算定対象とすることができるのか。</p>	<p>(答) 移行支援加算については、通所リハビリテーションの提供を終了した日から起算して 14 日以降 44 日以内に通所リハビリテーション従業者が通所リハビリテーション終了者に対して、指定通所介護等を実施していることを確認し、記録していることとしている。なお、3 月以上経過した場合は、リハビリテーションが必要であると医師が判断した時は、新規利用者としてすることができる。</p>
<p>(問 21) 移行参加支援加算における就労について、利用者が障害福祉サービスにおける就労移行支援や就労継続支援（A 型、B 型）の利用に至った場合を含めてよいか。</p>	<p>(答) よい。</p>

●介護保険最新情報 vol.952「令和3年度介護報酬改定に関する Q&A (vol.3)」(令和3年3月26日)

移行支援加算

<p>(問 14) 移行支援加算における評価対象期間において指定訪問リハビリテーションの提供を終了した者には、当該事業所の指定訪問リハビリテーション利用を中断したのちに再開した</p>	<p>(答) ・ 移行支援加算における評価対象期間において指定訪問リハビリテーションの提供を終了した者とは、当該訪問リハビリテーション事業所の利用を終了し、評価対象期間に利</p>
--	--

<p>者も含まれるのか。</p>	<p>用を再開していない者をいう。なお通所リハビリテーションにおいても同様に取り扱う。</p> <ul style="list-style-type: none"> • なお、終了後に3月以上が経過した場合で、リハビリテーションが必要であると医師が判断し当該事業所の利用を再開した時は、新規利用者とみなすことができる。この場合は評価対象期間に再開した場合でも、終了した者として取り扱う。
------------------	--

25 (介護予防) 利用開始月から12月を超えてリハビリテーションを行う場合の減算

- 指定介護予防通所リハビリテーションを開始した月が属する月から起算して12月を超えてサービスを継続する場合に所定単位数減算すること。

根拠法令等	
「厚生労働省告示第127号」 別表5注8	「老計発第0317001号」 第2の6(3)
<p>利用者に対して、指定介護予防通所リハビリテーションの利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えて指定介護予防通所リハビリテーションを行う場合は、1月につき次に掲げる単位数を所定単位数から減算する。</p> <p>(1) 要支援1 20単位</p> <p>(2) 要支援2 40単位</p>	<p>注8の取扱いについて</p> <p>指定介護予防通所リハビリテーションの利用が12月を超える場合は、指定介護予防通所リハビリテーション費から要支援1の場合は20単位、要支援2の場合40単位減算する。なお、入院による中断があり、医師の指示内容に変更がある場合は、新たに利用が開始されたものとする。また、本取扱いについては、令和3年4月から起算して12月を超える場合から適用されるものであること。</p>

●介護保険最新情報 vol.952「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.3)」(令和3年3月26日)	
利用開始した月から12月を超えた場合の減算	
<p>(問121)</p> <p>介護予防訪問・通所リハビリテーション及び介護予防訪問看護からの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による訪問について、当該事業所においてサービスを継続しているが、要介護認定の状態から要支援認定へ変更となった場合の取扱如何。</p>	<p>(答)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 法第19条第2項に規定する要支援認定の効力が生じた日が属する月をもって、利用が開始されたものとする。 • ただし、要支援の区分が変更された場合(要支援1から要支援2への変更及び要支援2から要支援1への変更)はサービスの利用が継続されているものとみなす。

●介護保険最新情報 vol.966「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.6)」(令和3年4月15日)	
利用開始した月から12月を超えた場合の減算	
<p>(問4)</p> <p>介護予防訪問・通所リハビリテーション及び介護予防訪問看護からの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による訪問について、12月以上継続した場合の減算起算の開始時点はいつとなるのか。また、12月の計算方法は如何。</p>	<p>(答)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 当該サービスを利用開始した日が属する月となる。 • 当該事業所のサービスを利用された月を合計したものを利用期間とする。

26 (介護予防) 運動器機能向上加算

- 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士を1名以上配置すること。
- 運動器機能向上計画について、利用者に説明し、同意を得ること。
- おおむね3月程度で達成可能な目標（長期目標）及び長期目標を達成するためのおおむね1月程度で達成可能な目標（短期目標）を設定すること。

【指導事例】

- 3ヶ月ごとの長期目標と、長期目標を達成するための1ヶ月ごとの短期目標を設定していない。

根拠法令等	
「厚生労働省告示第127号」 別表5ロ	「老計発第0317001号」 第2の6(5)
<p>ロ 運動器機能向上加算 225単位</p> <p>注 次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして都道府県知事に届け出て、利用者の運動器の機能向上を目的として個別の実施されるリハビリテーションであって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの(以下この注及びロにおいて「運動器機能向上サービス」という。)を行った場合は、1月につき所定単位数を加算する。</p> <p>イ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置していること。</p> <p>ロ 利用者の運動器の機能を利用開始時に把握し、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者が共同して、運動器機能向上計画を作成していること。</p> <p>ハ 利用者ごとの運動器機能向上計画に従い医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士若しくは看護職員が運動器機能向上サービスを行っているとともに、利用者の運動器の機能を定期的に記録していること。</p> <p>ニ 利用者ごとの運動器機能向上計画の進捗状況を定期的に評価していること。</p> <p>ホ 別に厚生労働大臣の定める基準に適合している指定介護予防通所リハビリテーション事業所であること。</p> <p>※ 別に厚生労働大臣が定める基準（「厚生労働大臣が定める基準」平成27年厚生労働省告示第95号の百七） 介護予防通所リハビリテーション費における運動器機能向上加算の基準 通所介護費等算定方法第16号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。</p>	<p>(運動器機能向上加算の取扱い)</p> <p>① 指定介護予防通所リハビリテーションにおいて運動器機能向上サービスを提供する目的は、当該サービスを通じて要支援者ができる限り要介護状態にならず自立した日常生活を営むことができるよう支援することであることに留意しつつ行うこと。</p> <p>② 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置して行うこと。</p> <p>③ 運動器機能向上サービスについては、以下のアからキまでに掲げるとおり、実施すること。</p> <p>ア 利用者ごとに医師又は看護職員等の医療従事者による運動器機能向上サービスの実施に当たってのリスク評価、体力測定等を実施し、サービスの提供に際して考慮すべきリスク、利用者のニーズ及び運動器の機能の状況を、利用開始時に把握する。</p> <p>イ 理学療法士等が、暫定的に、利用者ごとのニーズを実現するためのおおむね3月程度で達成可能な目標（以下「長期目標」という。）及び長期目標を達成するためのおおむね1月程度で達成可能な目標（以下「短期目標」という。）を設定すること。長期目標及び短期目標については、介護予防支援事業者において作成された当該利用者に係る介護予防サービス計画と整合が図れたものとする。</p> <p>ウ 利用者に係る長期目標及び短期目標を踏まえ、医師、理学療法士等、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、当該利用者ごとに、実施する運動の種類、実施期間、実施頻度、1回当たりの実施時間、実施形態等を記載した運動器機能向上計画を作成すること。その際、実施期間については、運動の種類によって異なるものの、おおむね3月間程度とすること。また、作成した運動器機能向上計画については、運動器機能向上サービスの提供による効果、リスク、緊急時の対応等</p>

	<p>と併せて、当該運動器機能向上計画の対象となる利用者に分かりやすい形で説明し、その同意を得ること。なお、指定介護予防通所リハビリテーションにおいては、運動器機能向上計画に相当する内容をリハビリテーション計画書の中にそれぞれ記載する場合は、その記載をもって運動器機能向上計画の作成に代えることができるものとする。</p> <p>エ 運動器機能向上計画に基づき、利用者ごとに運動器機能向上サービスを提供すること。その際、提供する運動器機能向上サービスについては、国内外の文献等において介護予防の観点からの有効性が確認されている等の適切なものとする。また、運動器機能向上計画に実施上の問題点（運動の種類の変更の必要性、実施頻度の変更の必要性等）があれば直ちに当該計画を修正すること。</p> <p>オ 利用者の短期目標に応じて、おおむね1月間ごとに、利用者の当該短期目標の達成度と客観的な運動器の機能の状況についてモニタリングを行うとともに、必要に応じて、運動器機能向上計画の修正を行うこと。</p> <p>カ 運動器機能向上計画に定める実施期間終了後に、利用者ごとに、長期目標の達成度及び運動器の機能の状況について、事後アセスメントを実施し、その結果を当該利用者に係る介護予防支援事業者に報告すること。介護予防支援事業者による当該報告も踏まえた介護予防ケアマネジメントの結果、運動器機能向上サービスの継続が必要であるとの判断がなされる場合については、前記アからカまでの流れにより、継続的に運動器機能向上サービスを提供する。</p> <p>キ 旧指定介護予防サービス基準第107条において準用する第19条又は指定介護予防サービス基準第123条において準用する第49条の13において規定するそれぞれのサービスの提供の記録において利用者ごとの運動器機能向上計画に従い、指定介護予防通所リハビリテーションにおいては医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは看護職員が利用者の運動器の機能を定期的に記録する場合は、当該記録とは別に運動器機能向上加算の算定のために利用者の運動器の機能を定期的に記録する必要はない。</p>
--	--

<p>●介護制度改革 information vol.78「平成18年4月改定関係Q&A(vol.1)」(平成18年3月22日)</p>	
<p>介護予防通所介護・通所リハビリテーション(選択的サービス:運動器機能向上加算)</p>	
<p>(問26) 運動器の機能向上について、個別の計画を作成していることを前提に、サービスは集団的に提供してもよいか。</p>	<p>(答) 個別にサービス提供することが必要であり、集団的な提供のみでは算定できない。なお、加算の算定に当たっては、個別の提供を必須とするが、加えて集団的なサービス提供を行</p>

	うことを妨げるものではない。
(問27) 運動器の機能向上加算は1月間に何回か。また、1日当たりの実施時間に目安はあるのか。利用者の運動器の機能把握を行うため、利用者の自己負担により医師の診断書等の提出を求めることは認められるか。	(答) 利用回数、時間の目安を示すことは予定していないが、適宜、介護予防マニュアルを参照して実施されたい。また、運動器の機能については、地域包括支援センターのケアマネジメントにおいて把握されるものと考えている。
(問29) 介護予防通所リハビリテーションにおける運動器機能向上加算を算定するための人員の配置は、PT,OT,STではなく、看護職員ではいけないのか。	(答) 介護予防通所リハビリテーションにおいては、リハビリテーションとしての運動器機能向上サービスを提供することとしており、より効果的なリハビリテーションを提供する観点から、リハビリの専門職種であるPT、OT又はSTの配置を算定要件上求めているところであり、看護職員のみでの配置では算定することはできない。なお、サービス提供に当たっては、医師又は医師の指示を受けたこれらの3職種若しくは看護職員が実施することは可能である。

2.7 (介護予防) 選択的サービス複数実施加算

- 利用者に対し、選択的サービス（運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービス）のうち複数のサービスを実施した場合に、1月につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算すること。
 選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)・・・選択的サービスのうち、2種類のサービスを実施
 選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)・・・選択的サービスのうち、3種類のサービスを実施
- 利用者に対し、選択的サービスのうちいずれかのサービスを1月につき2回以上行うとともに、いずれかの選択的サービスを週1回以上実施すること。

根拠法令等	
「厚生労働省告示第127号」 別表5ト	「老計発第0317001号」 第2の6(ロ)
<p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、都道府県知事に届け出た指定介護予防通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうち複数のサービスを実施した場合に、1月につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、この場合において、同月中に利用者に対し、運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスを算定している場合は、次に掲げる加算は算定しない。また、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。</p> <p>(1) 選択的サービス複数実施加算(Ⅰ) 480単位 (2) 選択的サービス複数実施加算(Ⅱ) 700単位</p> <p>※ 別に厚生労働大臣が定める基準（「厚生労働大臣が定める基準」平成27年厚生労働省告示第95号の百九）</p>	<p>(選択的サービス複数実施加算の取扱いについて)</p> <p>当該加算は、選択的サービスのうち複数のサービスを組み合わせることで実施することにより、要支援者の心身機能の改善効果を高め、介護予防に資するサービスを効果的に提供することを目的とするものである。なお、算定に当たっては以下に留意すること。</p> <p>① 実施する選択的サービスごとに、(5)、(7)、(9)に掲げる各選択的サービスの取扱いに従い適切に実施していること。 ② いずれかの選択的サービスを週1回以上実施すること。 ③ 複数の種類の選択的サービスを組み合わせることで実施するに当たって、各選択的サービスを担当する専門の職種が相互に連携を図り、より効果的なサービスの提供方法等について検討すること。</p> <p>【参考】各選択的サービス (5) 運動器機能向上加算 (7) 栄養改善加算</p>

<p>介護予防通所リハビリテーション費における選択的サービス複数実施加算の基準</p> <p>イ 選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)</p> <p>次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 指定介護予防サービス介護給付費単位数表の介護予防通所リハビリテーション費の口の注若しくはこの注に掲げる基準又はへの注に掲げる別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出て運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービス(以下「選択的サービス」という。)のうち、2種類のサービスを実施していること。</p> <p>(2) 利用者が指定介護予防通所リハビリテーションの提供を受けた日において、当該利用者に対し、選択的サービスを行っていること。</p> <p>(3) 利用者に対し、選択的サービスのうちいずれかのサービスを1月につき2回以上行っていること。</p> <p>ロ 選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)</p> <p>次に掲げるいずれの基準にも適合すること。</p> <p>(1) 利用者に対し、選択的サービスのうち3種類のサービスを実施していること。</p> <p>(2) イ(2)及び(3)の基準に適合すること。</p>	<p>(9) 口腔機能向上加算</p>
---	---------------------

<p>●介護制度改革 information vol.78「平成 18 年 4 月改定関係 Q&A(vol.1)」(平成 18 年 3 月 22 日)</p>	
<p>選択的サービス：総論</p>	
<p>(問 22)</p> <p>選択的サービスについては、月 1 回利用でも加算対象となるのか。また、月 4 回の利用の中で 1 回のみ提供した場合には加算対象となるのか。</p>	<p>(答)</p> <p>利用者が月何回利用しているのかにかかわらず、算定要件を満たしている場合には加算の対象となる。</p>
<p>(問 23)</p> <p>選択的サービスを算定するのに必要な職員は兼務することは可能か。</p>	<p>(答)</p> <p>選択的サービスの算定に際して必要となる職員は、毎日配置する必要はなく、一連のサービス提供に当たり必要な時間配置していれば足りるものであって、当該時間以外については、他の職務と兼務することも可能である。</p>
<p>(問 24)</p> <p>各加算に関する計画書はそれぞれ必要か。既存の介護予防通所介護・通所リハビリテーションサービス計画書の中に入れてもよいか。また、サービス計画書の参考様式等は作成しないのか。</p>	<p>(答)</p> <p>各加算の計画書の様式は特に問わず、介護予防通所介護・通所リハビリテーションサービス計画書と一体的に作成する場合でも、当該加算に係る部分が明確に判断できれば差し支えない。なお、計画書の参考様式については特に示すことは考えていないので、厚生労働省のホームページに掲載している「介護予防に関する事業の実施に向けた具体内容について」(介護予防マニュアル)や「栄養マネジメント加算及び経口移行加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」(平成 17 年 9 月 7 日老発第 0907002 号)も</p>

参考に各事業所で工夫して、適切なサービス提供が図られるよう、必要な計画の作成を行われない。

●介護保険最新情報 vol.267「平成24年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.1)」(平成24年3月16日)

選択的サービス複数実施加算

(問 129)
利用者に対し、選択的サービスを週1回以上、かつ、いずれかの選択的サービスは1月に2回以上行うこととされているが、同一日以内に複数の選択的サービスを行っても算定できるのか。

(答)
算定できる。選択的サービスの提供日は、他の選択的サービスと同一日であっても、別の日であっても、いずれでもよい。
※通所利用が週1回の場合の組合せ例

		第1週	第2週	第3週	第4週
複数実施加算Ⅰ (2種類)	パターン1	運動	口腔	運動	口腔
	パターン2	運動	口腔・運動	運動	運動
複数実施加算Ⅱ (3種類)	パターン1	運動	口腔	運動	栄養
	パターン2	運動	口腔・運動	運動	栄養・運動

(問 130)
利用者に対し、選択的サービスを週1回以上、かつ、いずれかの選択的サービスは1月に2回以上行うこととされているが、次の場合は、どのように取り扱うのか。
(1) 利用者が通所を休む等により、週1回以上実施できなかった場合。
(2) 利用者が通所を休む等により、いずれの選択的サービスも月に1回しか実施できなかった場合。
(3) 利用日が隔週で、利用回数が月2回の利用者に対し、利用日ごとに選択的サービスを実施し、かつ、同一日以内に複数の選択的サービスを実施した場合。
(4) 月の第3週目から通所サービスを利用することとなった新規の利用者に対し、第3週目と第4週目に選択的サービスを実施し、そのうち1回は、同一日以内に複数の選択的サービスを実施した場合。

(答)
・(1)、(3)、(4)は、週1回以上実施できていないこと
・(2)は、いずれかの選択的サービスを月2回以上実施できていないことから、いずれの場合も当該加算は算定できない。この場合にあっては、提供した選択的サービスの加算をそれぞれ算定できる。

28 (介護予防) 事業所評価加算

- ・ 評価対象期間における事業所の利用実人員数が10名以上であること。

根拠法令等	
「厚生労働省告示第127号」 別表5チ	「老計発第0317001号」 第2の6(1)
チ 事業所評価加算 120単位 注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護予防通所リハビリテーション事業所において、評価対象期間(別に厚生労働大臣が定める期間をいう。)の満了日の属する年度の次の年度内に限り1月につき所定単位数	(事業所評価加算の取扱いについて) 事業所評価加算の別に厚生労働大臣が定める基準は以下のとおりとする。 ① 別に定める基準ハの要件の算出式

<p>を加算する。ただし、生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定している場合は、算定しない。</p> <p>※ 別に厚生労働大臣が定める基準（「厚生労働大臣が定める基準」平成27年厚労省告示第95号の百十）</p> <p>介護予防通所リハビリテーション費における事業所評価加算の基準</p> <p>イ 通所介護費等算定方法第16号に規定する基準のいずれにも該当しないものとして都道府県知事に届け出て選択的サービスを行っていること。</p> <p>ロ 評価対象期間における指定介護予防通所リハビリテーション事業所の利用実人員数が10名以上であること。</p> <p>ハ 評価対象期間における当該指定介護予防通所リハビリテーション事業所の提供する選択的サービスの利用実人員数を当該指定介護予防通所リハビリテーション事業所の利用実人員数で除して得た数が0.6以上であること。</p> <p>ニ (2)の規定により算定した数を(1)に規定する数で除して得た数が0.7以上であること。</p> <p>(1) 評価対象期間において、当該指定介護予防通所リハビリテーション事業所の提供する選択的サービスを3月間以上利用し、かつ、当該サービスを利用した後、要支援更新認定等を受けた者の数</p> <p>(2) 選択的サービスを利用した後、評価対象期間に行われる要支援更新認定等において、当該要支援更新認定等の前の要支援状態区分と比較して、要支援状態区分に変更がなかった者の数に、要支援更新認定等の前の要支援状態区分が要支援2の者であって、要支援更新認定等により要支援1と判定されたもの又は要支援更新認定等の前の要支援状態区分が要支援1の者であって、要支援更新認定等により非該当と判定されたものの人数及び要支援更新認定等の前の要支援状態区分が要支援2の者であって、要支援更新認定等において非該当と判定されたものの人数の合計数に2を乗じて得た数を加えたもの</p> <p>※ 別に厚生労働大臣が定める期間（「厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等」平成27年厚生労働省告示第94号の八十三）</p> <p>指定介護予防サービス介護給付費単位数表の介護予防通所リハビリテーション費の注の厚生労働大臣が定める期間</p> <p>事業所評価加算を算定する年度の初日の属する年の前年の1月から12月までの期間（指定介護予防サービス介護給付費単位数表の介護予防通所リハビリテーション費のロ若しくはニに掲げる基準又は</p>	<p>評価対象期間内に選択的サービスを利用した者の数</p> <hr/> <p>≥ 0.6</p> <p>評価対象期間内に指定介護予防通所リハビリテーションを利用した者の数</p> <p>② 別に定める基準二の要件の算出式</p> <p>要支援状態区分の維持者数+改善者数×2</p> <hr/> <p>≥ 0.7</p> <p>評価対象期間内に運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスを3月以上利用し、その後に更新・変更認定を受けた者の数</p>
---	--

への注の厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た年においては、届出の日から同年12月までの期間)	
---	--

●介護制度改革 information vol.78「平成 18 年 4 月改定関係 Q&A(vol.1)」(平成 18 年 3 月 22 日)	
事業所評価加算	
(問 37) 事業所の利用者の要支援状態の維持・改善が図られたことに対する評価であると認識するが、利用者の側に立てば、自己負担額が増加することになり、利用者に対する説明に苦慮することとなると考えるが見解如何。	(答) 事業所評価加算を算定できる事業所は、介護予防の観点からの目標達成度の高い事業所であることから利用者負担も高くなることについて、介護予防サービス計画作成時から利用者に十分に説明し、理解を求めることが重要であると考えている。
(問 38) 要支援状態が「維持」の者についても「介護予防サービス計画に照らし、当該予防サービス事業者によるサービスの提供が終了したと認める者に限る」として評価対象者に加わっているが、要支援状態区分に変更がなかった者は、サービスの提供は終了しないのではないか。	(答) 介護予防サービス計画には生活機能の向上の観点からの目標が定められ、当該目標を達成するために各種サービスが提供されるものであるから、当該目標が達成されれば、それは「サービスの提供が終了した」と認められる。したがって、その者がサービスから離脱した場合であっても、新たな目標を設定して引き続きサービス提供を受ける場合であっても、評価対象者には加えられるものである。

●事務連絡「平成 18 年 4 月改定関係 Q&A(vol.7)(事業所評価加算関係)」(平成 18 年 9 月 11 日)	
事業所評価加算	
(問 1) いつの時期までに提供されたサービスが、翌年度の事業所評価加算の評価対象となるのか。	(答) 1 事業所評価加算の評価対象となる利用者は、 ①評価の対象となる事業所にて、選択的サービスに係る加算を連続して3月以上算定しており ②選択的サービスに係る加算より後の月に要支援認定の更新又は変更認定を受けている者であることから、選択的サービスの提供を受けた者の全てが評価対象受給者となるものではない。 2 評価の対象となる期間は、各年1月1日から12月31日までであるが、各年12月31日までに、国保連合会において評価対象受給者を確定する必要があることから、 ①9月までに選択的サービスの提供を受け、10月末日までに更新変更認定が行われた者までが、翌年度の事業所評価加算の評価対象受給者であり、 ②11月以降に更新・変更認定が行われた者は翌々年度の事業所評価加算の評価対象受給者となる。 3 なお、選択的サービスに係る加算や受給者台帳情報は、国保連合会が一定期間のうちに把握できたものに限られるため、例えば、評価対象期間を過ぎて請求されてきた場合等は評価対象とならない。
(問 2) 事業所評価加算の評価対象受給者については、選択的サービスを3月以上利用することが要件とされているが、連続する3月が必要か。また、3月の間に選択的サービスの種	(答) 選択的サービスの標準的なサービス提供期間は概ね3月であることから、評価対象受給者については選択的サービスを3月以上連続して受給する者を対象とすることとしてい

類に変更があった場合はどうか。	る。 また、選択的サービスの標準的なサービス提供期間は概ね3月であることから、通常3月は同一の選択的サービスが提供されるものと考えているが、連続する3月の中で選択的サービスが同一でない場合についても、国保連合会においては、評価対象受給者として計算することとしている。
(問3) 評価対象事業所の要件として「評価対象期間における当該指定介護予防通所介護事業所の利用実人員数が10名以上であること。」とされているが、10名以上の者が連続する3月以上の選択的サービスを利用する必要があるのか。	(答) 単に利用実人数が10名以上であればよく、必ずしもこれらの者全員が連続する3月以上の選択的サービスを利用している必要はない。
(問4) 4月にA事業所、5月にB事業所、6月にC事業所から選択的サービスの提供があった場合は評価対象となるのか。	(答) 事業所評価加算は事業所の提供する効果的なサービスを評価する観点から行うものであることから、同一事業所が提供する選択的サービスについて評価するものであり、御質問のケースについては、評価対象とならない。

●介護保険最新情報 vol. 629 「平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.1)」 (平成30年3月23日)	
事業所評価加算	
(問65) 平成30年介護報酬改定により、介護予防通所リハビリテーションにおける施設等の区分に新たに介護医療院が設けられるが、従前より介護予防通所リハビリテーションを提供している事業所において、施設等の区分を介護医療院へ変更した場合の事業所評価加算に係る実績の取扱い、如何。	(答) ・原則として、従前より介護予防通所リハビリテーションを提供している事業所が、介護医療院へ施設等の区分を変更する場合には、変更前の実績を引き継いで評価する。 ・ただし、施設等の区分の変更に伴い事業者のサービス提供の体制等が大きく変わると保険者が判断する場合においてはその限りではない。

29 サービス提供体制強化加算

- 前年の実績が6月以上ある事業所で引き続き当該加算を算定する場合は、前年度の実績を確認すること。
- 前年の実績が6月に満たない事業所で当該加算を算定する旨の届出を行った場合は、届出を行った月以降についても直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持すること。また、その割合については毎月記録すること。

根拠法令等	
「厚生省告示第19号」 別表7ホ	「老企第36号」 第2の8(28)
別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、指定通所リハビリテーションを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1回につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。	(サービス提供体制強化加算について) ① 訪問入浴介護と同様であるので3(9)④から⑧までを参照されたい。 【参照】3(9) ④ 職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した

<p>(1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 22単位</p> <p>(2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 18単位</p> <p>(3) サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 6単位</p> <p>※ 別に厚生労働大臣が定める基準(「厚生労働大臣が定める基準」平成27年厚労省告示第95号の三十三)</p> <p>通所リハビリテーション費におけるサービス提供体制強化加算の基準</p> <p>イ サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 次のいずれかに適合すること。</p> <p>(一) 指定通所リハビリテーション事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の70以上であること。</p> <p>(二) 指定通所リハビリテーション事業所の介護職員の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上であること。</p> <p>(2) 通所介護費等算定方法第二号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。</p> <p>ロ サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 指定通所リハビリテーション事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が百分の五十以上であること。</p> <p>(2) イ(2)に該当するものであること。</p> <p>ハ サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 次のいずれかに適合すること。</p> <p>(一) 指定通所リハビリテーション事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の40以上であること。</p> <p>(二) 指定通所リハビリテーションを利用者に直接提供する諸職員の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。</p> <p>(2) イ(2)に該当するものであること。</p>	<p>前年度(3月を除く。)の平均を用いることとする。ただし、前年度の実績が6月に満たない事業所(新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。)については、届出日の属する月の前3月について、常勤換算方法により算出した平均を用いることとする。したがって、新たに事業を開始し、又は再開した事業者については、4月日以降届出が可能となるものであること。</p> <p>なお、介護福祉士又は実務者研修修了者若しくは介護職員基礎研修課程修了者については、各月の前月の末日時点で資格を取得している又は研修の課程を修了している者としてすること。</p> <p>⑤ 前号ただし書の場合にあつては、届出を行った月以降においても、直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。なお、その割合については、毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに第一の5の届出を提出しなければならない。</p> <p>⑥ 勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいうものとする。</p> <p>⑦ 勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤務年数に加え、同一法人等の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができるものとする。</p> <p>⑧ 同一の事業所において<u>介護予防通所リハビリテーション</u>を一体的に行っている場合においては、本加算の計算も一体的に行うこととする。</p> <p>② 指定通所リハビリテーションを利用者に直接提供する職員とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員又は介護職員として勤務を行う職員を指すものとする。なお、1時間以上2時間未満の指定通所リハビリテーションを算定する場合であつて、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師がリハビリテーションを提供する場合にあつては、これらの職員も含むものとすること。</p>
<p>(介護予防)「厚生労働省告示第127号」別表5又注</p>	<p>(介護予防)「老計発第0317001号」第2の6(1)</p>
<p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護予防通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、指定介護予防通所リハビリテーションを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、利用者の要支援状態区分に応じて1月につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、次に掲げ</p>	<p>前記以外の基本的な取扱いについては、通所リハビリテーションの取扱方針に従うこととする。</p>

<p>るいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。</p> <p>(1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)</p> <p>(一) 要支援 1 88 単位</p> <p>(二) 要支援 2 176 単位</p> <p>(2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ)</p> <p>(一) 要支援 1 72 単位</p> <p>(二) 要支援 2 144 単位</p> <p>(3) サービス提供体制強化加算(Ⅲ)</p> <p>(一) 要支援 1 24 単位</p> <p>(二) 要支援 2 48 単位</p> <p>※ 別に厚生労働大臣が定める基準（「厚生労働大臣が定める基準」平成27年厚生労働省告示第95号の百十三）</p> <p>介護予防通所リハビリテーション費におけるサービス提供体制強化加算の基準</p> <p>第33号の規定を準用する。この場合において、同号イ(2)中「通所介護費等算定方法第2号」とあるのは「通所介護費等算定方法第16号」と読み替えるものとする。</p>	
---	--

●介護保険最新情報 vol.69「平成21年4月改定関係Q&A(vol.1)」（平成21年3月23日）	
サービス提供体制強化加算	
(問6) 産休や病欠している期間は含めないとするのか。	(答) 産休や介護休業、育児休業期間中は雇用関係が継続していることから、勤続年数に含めることができる。

●介護保険最新情報 vol.471「平成27年度介護報酬改定に関するQ&A(vol.2)」（平成27年4月30日）	
サービス提供体制強化加算	
(問63) サービス提供体制強化加算の新区分の取得に当たって、職員の割合については、これまでと同様に、1年以上の運営実績がある場合、常勤換算方法により算出した前年度の平均（3月分を除く。）をもって、運営実績が6月に満たない事業所（新たに事業を開始した事業所又は事業を再開した事業所）の場合は、4月目以降に、前3月分の実績をもって取得可能となるということでのいいのか。	(答) 貴見のとおり。 なお、これまでと同様に、運営実績が6月に満たない場合の届出にあっては、届出を行った月以降においても、毎月所定の割合を維持しなければならず、その割合については毎月記録する必要がある。
(問64) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イとサービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロは同時に取得することは可能か。不可である場合は、サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イを取得していた事業所が、実地指導等によって、介護福祉士の割合が60%を下回っていたことが判明した場合は、全額返還となるのか。	(答) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イとサービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロを同時に取得することはできない。 また、実地指導等によって、サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イの算定要件を満たさないことが判明した場合、都道府県知事等は、支給された加算の一部又は全部を返還させることが可能となっている。

	<p>なお、サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イの算定要件を満たしていないが、サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロの算定要件を満たしている場合には、後者の加算を取得するための届出が可能であり、サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イの返還等と併せて、後者の加算を取得するための届出を行うことが可能である。</p>
--	--

<p>●介護保険最新情報 vol.952「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.3)」(令和3年3月26日)</p>	
<p>サービス提供体制強化加算</p>	
<p>(問 126) 「10年以上介護福祉士が30%」という最上位区分の要件について、勤続年数はどのように計算するのか。</p>	<p>(答) <ul style="list-style-type: none"> サービス提供体制強化加算における、勤続10年以上の介護福祉士の割合に係る要件については、 <ul style="list-style-type: none"> 介護福祉士の資格を有する者であって、同一法人等での勤続年数が10年以上の者の割合を要件としたものであり、 介護福祉士の資格を取得してから10年以上経過していることを求めるものではないこと。 「同一法人等での勤続年数」の考え方について、 <ul style="list-style-type: none"> 同一法人等(※)における異なるサービスの事業所での勤続年数や異なる雇用形態、職種(直接処遇を行う職種に限る。)における勤続年数 事業所の合併又は別法人による事業の承継の場合であって、当該施設・事業所の職員に変更がないなど、事業所が実質的に継続して運営していると認められる場合の勤続年数は通算することができる。 (※) 同一法人のほか、法人の代表者等が同一で、採用や人事異動、研修が一体として行われる等、職員の労務管理を複数法人で一体的に行っている場合も含まれる。 <ul style="list-style-type: none"> なお、介護職員等特定処遇改善加算において、当該事業所における経験・技能のある介護職員の「勤続年数10年の考え方」とは異なることに留意すること。 </p>

30 介護職員処遇改善加算

- 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事に届け出た通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、通所リハビリテーションを行った場合には、当該基準に掲げる区分に従い、令和6年3月31日までの間、所定単位数に加算する。

根拠法令等	
<p>「厚生省告示第19号」 別表7 へ注</p>	<p>「老企第36号」 第2の8(29)</p>
<p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、指定通所リハビリテーションを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、令和6年3月31日までの間、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。た</p>	<p>(介護職員処遇改善加算について) 訪問介護と同様であるので、2の(22)を参照されたい。 【参照】2(22) 介護職員処遇改善加算の内容については、別途通知(「介護職員</p>

だし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

- (1) 介護職員処遇改善加算（Ⅰ） イからホまでにより算定した単位数の1000分の47に相当する単位数
- (2) 介護職員処遇改善加算（Ⅱ） イからホまでにより算定した単位数の1000分の34に相当する単位数
- (3) 介護職員処遇改善加算（Ⅲ） イからホまでにより算定した単位数の1000分の19に相当する単位数

※ 別に厚生労働大臣が定める基準（「厚生労働大臣が定める基準」平成27年厚生労働省告示第95号の三十四）

通所リハビリテーション費における介護職員処遇改善加算の基準第4号の規定を準用する。

（準用）

第4号 訪問介護費における介護職員処遇改善加算の基準

イ 介護職員処遇改善加算（Ⅰ） 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 介護職員の賃金（退職手当を除く。）の改善（以下「賃金改善」という。）に要する費用の見込額（賃金改善に伴う法定福利費等の事業主負担の増加分を含むことができる。以下同じ。）が介護職員処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。
- (2) 指定通所リハビリテーション事業所において、(1)の賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の介護職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員処遇改善計画書を作成し、全ての介護職員に周知し、都道府県知事（地方自治法（昭和22年法律第67号）第252条の19第1項の指定都市（以下「指定都市」という。）及び同法第252条の22第1項の中核市（以下「中核市」という。）にあつては、指定都市又は中核市の市長。第35号及び第66号を除き、以下同じ。）に届け出ていること。
- (3) 介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために介護職員の賃金水準（本加算による賃金改善分を除く。）を見直すことはやむを得ないが、その内容について都道府県知事に届け出ること。
- (4) 当該指定通所リハビリテーション事業所において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を都道府県知事に報告すること。

処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算及び介護職員等ベースアップ等支援加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」老発0621第1号令和4年6月21日）を参照すること。

(5) 算定日が属する月の前 12 月間において、労働基準法(昭和 22 年法律第 49 号)、労働者災害補償保険法(昭和 22 年法律第 50 号)、最低賃金法(昭和 34 年法律第 137 号)、労働安全衛生法(昭和 47 年法律第 57 号)、雇用保険法(昭和 49 年法律第 116 号)その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないこと。

(6) 当該指定通所リハビリテーション事業所において、労働保険料(労働保険の保険料の徴収等に関する法律(昭和 44 年法律第 84 号)第 10 条第 2 項に規定する労働保険料をいう。以下同じ。)の納付が適正に行われていること。

(7) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(一) 介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件(介護職員の賃金に関するものを含む。)を定めていること。

(二) (一)の要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。

(三) 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。

(四) (三)について、全ての介護職員に周知していること。

(五) 介護職員の経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設けていること。

(六) (五)について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。

(8) (2)の届出に係る計画の期間中に実施する介護職員の処遇改善の内容(賃金改善に関するものを除く。)及び当該介護職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知していること。

ロ 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) イ(1)から(6)まで、(7)(一)から(四)まで及び(8)に掲げる基準のいずれにも適合すること。

ハ 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) イ(1)から(6)まで及び(8)に掲げる基準に適合すること。

(2) 次に掲げる基準のいずれかに適合すること。

(一) 次に掲げる要件の全てに適合すること。

a 介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件(介護職員の賃金に関するものを含む。)を定めていること。

b a の要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。

<p>(二) 次に掲げる要件の全てに適合すること。</p> <p>a 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。</p> <p>b aについて、全ての介護職員に周知していること。</p>	
<p>(介護予防)「厚生労働省告示第127号」別表5ル注</p>	<p>(介護予防)「老計発第0317001号」第2の6(13)</p>
<p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護予防通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、指定介護予防通所リハビリテーションを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、令和6年3月31日までの間、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。</p> <p>(1) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) イからヌまでにより算定した単位数の1000分の47に相当する単位数</p> <p>(2) 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) イからヌまでにより算定した単位数の1000分の34に相当する単位数</p> <p>(3) 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) イからヌまでにより算定した単位数の1000分の19に相当する単位数</p> <p>※ 別に厚生労働大臣が定める基準(「厚生労働大臣が定める基準」平成27年厚生労働省告示第95号の百十四)介護予防通所リハビリテーション費における介護職員処遇改善加算の基準</p> <p>第4号の規定を準用する。⇒上記参照</p>	<p>(介護職員処遇改善加算の取扱い)</p> <p>介護予防訪問入浴介護と同様であるので、2(10)を参照のこと。</p> <p>【参照】2(10)より</p> <p>介護職員処遇改善加算の内容については、別途通知(「介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算及び介護職員等ベースアップ等支援加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」老発0621第1号令和4年6月21日)を参照すること。</p>

<p>●介護保険最新情報 vol.267「平成24年度介護報酬改定に関するQ&A(vol.1)について」(平成24年3月16日)</p>	
<p>介護職員処遇改善加算</p>	
<p>(問224)</p> <p>介護職員処遇改善計画書における賃金改善実施期間はいつから、いつまでか。</p>	<p>(答)</p> <p>加算における賃金改善を実施する期間であり、当該加算は平成24年4月から算定が可能となるため、その賃金改善実施期間についても原則4月(年度の途中で加算の算定を受ける場合、当該加算を受けた月)から翌年の3月までとなる。</p> <p>なお、交付金を受けている場合等により、賃金改善期間の重複が発生する等の理由がある場合は、賃金改善実施期間を6月から翌年5月までとするなど柔軟な対応をとりたい。</p>
<p>(問226)</p> <p>介護職員処遇改善計画書、実績報告の様式を変更してもよいか。</p>	<p>(答)</p> <p>3月16日付け老発0316第2号通知で様式例をお示ししたとおりであり、指定権者をまたいで複数事業所を一括して法人単位で介護職員処遇改善計画書を作成することもあり、事務の簡素化の観点から、特段の事情のない限り同様式例を活用して頂きたい。</p>

<p>(問 227)</p> <p>介護職員の資質向上の支援に関する計画には、具体的にどのような内容が必要か。</p>	<p>(答)</p> <p>当該計画については、特に基準等を設けておらず、事業者の運営方針や事業者が求める介護職員像及び介護職員のキャリア志向に応じて適切に設定されたい。</p> <p>また、計画の期間は必ずしも賃金改善実施期間と合致しなくても良い。なお、目標を例示すれば、次のようなものが考えられる</p> <p>① 利用者のニーズに応じた良質なサービス提供するために、介護職員が技術・能力（例：介護技術、コミュニケーション能力、協調性、問題解決能力、マネジメント能力等）の向上に努めること。</p> <p>② 事業所全体での資格等（例：介護福祉士、介護職員基礎研修、通所リハビリテーション員研修等）の取得率向上</p>
<p>(問 228)</p> <p>介護職員処遇改善加算に係る、厚生労働大臣が別に定める基準の内容のうち、イ(6)の「労働保険料の納付が適正に行われていること」について具体的に内容を確認すればよいか。</p>	<p>(答)</p> <p>加算の算定をしようとする事業所における従事者に対する労働保険の加入状況が適切に行われていることが必要となるため、労働保険関係成立届等の納入証明書（写）等を提出書類に添付する等により確認する。</p>
<p>(問 229)</p> <p>実績報告書の提出期限はいつなのか。</p>	<p>(答)</p> <p>各事業年度における最終の加算の支払いがあった月の翌々月の末日までに、介護職員処遇改善実績報告書を提出する。</p> <p>例：加算を算定する最後のサービス提供月が3月の場合、5月支払となるため、2か月後の7月末となる。</p>
<p>(問 230)</p> <p>キャリアパス及び労働保険納付に関する確認資料は、交付金申請事業所からも改めて提出を求める必要があるか。</p>	<p>(答)</p> <p>介護職員処遇改善交付金を受けている事業所について、都道府県に届出をする場合は、キャリアパス及び労働保険納付に関する確認資料に変更がない場合、省略を可能とする。</p> <p>また、指定都市又は中核市については、都道府県から指定事務等の一環として、これらの確認資料を引き継ぐ場合については、省略を可能とする。</p> <p>地域密着型サービスについて、新たに市町村に届出が必要となる場合については、都道府県に提出している資料と同様のものの提出が必要となる。</p>
<p>(問 231)</p> <p>賃金改善等の処遇改善計画の介護職員への周知方法の確認について、回覧形式で判子を押印した計画書の写しを提出させること等が考えられるが、具体的にどのように周知すればよいか。</p>	<p>(答)</p> <p>賃金改善計画等の周知については、全従事者が閲覧できる掲示板等への掲示や全従事者への文書による通知等が考えられるが、各法人・事業所において適切な方法で実施することが必要である。</p>
<p>(問 232)</p> <p>労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に科せられていないことは、どのようにして確認するのか。</p>	<p>(答)</p> <p>事業所の指定を行う際と同様に、届出を行う事業所に誓約書等の提出を求めることにより確認する。</p>
<p>(問 235)</p> <p>介護職員処遇改善計画書の作成について、当該計画の内容が変更になった場合は、改めて都道府県知事等に届け出る必要があるのか。また、当該計画は、事業年度を超えて作成することはできないと解してよろしいか。</p>	<p>(答)</p> <p>加算を算定する際に提出した介護職員処遇改善計画書等に変更があった場合には、必要な事項を記載した変更の届出を行う。なお、加算取得に影響のない軽微な変更については、必ずしも届け出を行う必要はない。</p> <p>また、介護職員処遇改善計画は収入額・支出額等を各年度、</p>

	見直しをする必要があるため、各年毎に作成することが必要である。
(問 237) 実績報告で賃金改善額が加算額を下回った場合、これまでの交付金と同様、返還する必要があるのか。	(答) 加算の算定要件は、賃金改善額が加算による収入額を上回ることであり、加算による収入額を下回るとは想定されないが、仮に加算による収入額を下回っている場合は、一時金や賞与として支給されることが望ましい。 なお、悪質な事例については、加算の算定要件を満たしていない不正請求として全額返還となる。
(問 238) 期限までに実績報告が行われない場合は、実施期間中の当該加算は全額返還となるのか。	(答) 加算の算定要件で実績報告を行うこととしており、指定権者が実績報告の提出を求める等の指導を行っているにも関わらず、実績報告の提出を行わない場合は、加算の算定要件を満たしていない不正請求として全額返還となる。
(問 240) 加算は、事業所ごとに算定するため、介護職員処遇改善加算の算定要件である介護職員処遇改善計画書や実績報告書は、(法人単位ではなく)事業所ごとに提出する必要があるのか。	(答) 加算は、事業所毎に算定をするため事業所毎の届出が原則となるが、介護サービス事業所等を複数有する介護サービス事業者等(法人である場合に限る。)である場合や介護サービス事業所等ごとの届出が実態に鑑み適当でない場合、介護職員処遇改善計画書は、当該介護サービス事業者等が一括して作成することができる。また、同一の就業規則により運営されている場合に、地域ごとや介護サービスごとに作成することができる。
(問 242) 介護職員処遇改善加算は、区分支給限度基準額に反映しないとありますが、利用料には反映されるのか。	(答) 介護職員処遇改善加算は、区分支給限度基準額の算定には含まない。また、利用者には通常の介護報酬算出方式に基づき算出した額の1割(自己負担分)を請求することになる。
(問 243) 介護職員処遇改善加算の算定要件として、介護職員処遇改善計画書や実績報告書を都道府県知事等に提出することとなっているが、当該要件を満たしていることを証するため、計画書や実績報告書の提出を受けた都道府県知事は、(介護給付費算定に係る体制等状況一覧表の「受理通知」は送付しているがそれとは別途に)「受理通知」等を事業所に送付する必要があるのか。	(答) 加算の算定に係る事務を滞りなく行うために必要な事務については、他の加算同様に実施することが必要である。
(問 245) 交付金事業では、賃金改善は複数の給与項目で実施できたが、加算においても同様の取り扱うのか。一時金で改善してもよいのか。	(答) 介護職員処遇改善計画書には、増額若しくは新設した又はする予定である給与の項目の種類(基本給、手当、賞与又は一時金等)等を記載することとしているが、基本給で実施されることが望ましい。
(問 246) 交付金事業と同様に、賃金改善は常勤、非常勤等を問わず、また、一部の介護職員を対象としないことは可能か。	(答) 介護職員処遇改善加算の算定要件は、賃金改善に要する額が加算による収入を上回ることであり、事業所(法人)全体での賃金改善が要件を満たしていれば、一部の介護職員を対象としないことは可能である。

●介護保険最新情報 vol.273「平成24年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.2) について」(平成24年3月30日)

介護職員処遇改善加算	
(問 41) 加算算定時に1単位未満の端数が生じた場合、どのように取り扱うのか。また同様に、利用者負担の1円未満はどのように取り扱うのか。	(答) 通常の介護報酬における単位の計算と同等に、一単位未満の端数を四捨五入し、現行の他の加算と同様になる。また、利用者負担についても現行の他の加算と同様に、介護職員処遇改善加算額から保険請求額等を減じた額となる。 ※ なお、保険請求額は、1円未満の端数切り捨てにより算定する。

●介護保険最新情報 vol.284「平成24年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.3) について」(平成24年4月25日)	
介護職員処遇改善加算	
(問12) 介護報酬総単位数が区分支給限度基準額を超えた場合、介護職員処遇改善加算はどのように算定するのか。	(答) 介護職員処遇改善加算は、サービス別の介護報酬総単位数にサービス別の加算率を乗じて算出する。 その上で、利用者負担を算出する際には、まず介護報酬総単位数が区分支給限度基準額を超えているか否かを確認した上で超えている場合には、超過分と当該超過分に係る加算は保険給付の対象外となる。
(問13) 複数のサービスを利用し、区分支給限度基準額を超えた場合、どのサービスを区分支給限度基準額超過の取扱いとするのか。また、それは誰がどのように判断するのか。	(答) これまでの取扱いと同様に、いずれのサービスを区分支給限度基準額超過の取扱いとしても構わない。また、ケアプラン作成時に、ケアマネジャーがどのサービスを区分支給限度基準額超過とするかについて判断する。
(問14) 賃金改善実施期間は、加算の算定月数より短くすることは可能か。	(答) 加算の算定月数と同じ月数とすること。
(問15) 介護職員処遇改善交付金を受けておらず、平成24年4月から新規に介護職員処遇改善加算を算定する事業所について、国保連からの支払いは6月になるので、賃金改善実施期間を6月からとすることは可能か。	(答) 賃金改善実施期間は原則4月から翌年3月までの1年間とすることとしているが、6月からの1年間として取扱うことも可能である。
(問16) 介護職員処遇改善実績報告書の「介護職員処遇改善加算総額」欄には保険請求分に係る加算総額を記載するのか。	(答) 保険請求分に係る加算額(利用者1割負担分を含む)と区分支給限度基準額を超えたサービスに係る加算額を合算した額を記載することとし、その内訳が分かるようにすること。
(問17) 地域密着型サービスの市町村独自加算については、介護従事者処遇改善加算の算定における介護報酬総単位数に含めてよいか。	(答) 介護報酬総単位数に含める取扱いとなる。

●介護保険最新情報 vol.471「平成27年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.2)」(平成27年4月30日)	
介護職員処遇改善加算	
(問38) 事業者が加算の算定額に相当する介護職員の賃金改善を実施する際、賃金改善の基準点はいつなのか。	(答) 賃金改善は、加算を取得していない場合の賃金水準と、加算を取得し実施される賃金水準の改善見込額との差分を用いて算定されるものであり、比較対象となる加算を取得

	<p>していない場合の賃金水準とは、以下のとおりである。</p> <p>なお、加算を取得する月の属する年度の前年度に勤務実績のない介護職員については、その職員と同職であって、勤続年数等が同等の職員の賃金水準と比較する。</p> <p>○ 平成 26 年度以前に加算を取得していた介護サービス事業者等の介護職員の場合、次のいずれかの賃金水準</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 加算を取得する直前の時期の賃金水準（介護職員処遇改善交付金（以下「交付金」という。）を取得していた場合は、交付金による賃金改善の部分を除く。） ・ 加算を取得する月の属する年度の前年度の賃金水準（加算の取得による賃金改善の部分を除く。） <p>○ 平成 26 年度以前に加算を取得していない介護サービス事業者等の介護職員の場合加算を取得する月の属する年度の前年度の賃金水準</p>
<p>(問 39)</p> <p>職場環境等要件（旧定量的要件）で求められる「賃金改善以外の処遇改善への取組」とは、具体的にどのようなものか。</p> <p>また、処遇改善加算（Ⅰ）を取得するに当たって、平成 27 年 4 月以前から継続して実施している処遇改善の内容を強化・充実した場合は、算定要件を満たしたものと取り扱ってよいか。</p> <p>更に、過去に実施した賃金改善以外の処遇改善の取組と、平成 27 年 4 月以降に実施した賃金改善以外の取組は、届出書の中でどのように判別するのか。</p>	<p>(答)</p> <p>職場環境等要件を満たすための具体的な事例は、平成 27 年 3 月 31 日に発出された老発 0331 第 34 号[令和 4 年 6 月 21 日老発 0621 第 1 号]の別紙様式 2 の（3）[別紙様式 2-1 の 3]を参照されたい。</p> <p>また、処遇改善加算（Ⅰ）を取得するに当たって平成 27 年 4 月から実施した賃金改善以外の処遇改善の取組内容を記載する際に、別紙様式 2 の（3）の項目について、平成 20 年 10 月から実施した当該取組内容と重複することは差し支えないが、別の取組であることが分かるように記載すること。</p> <p>例えば、平成 20 年 10 月から実施した取組内容として、介護職員の腰痛対策を含む負担軽減のための介護ロボットを導入し、平成 27 年 4 月から実施した取組内容として、同様の目的でリフト等の介護機器を導入した場合、別紙様式 2 の（3）においては、同様に「介護職員の腰痛対策を含む負担軽減のための介護ロボットやリフト等の介護機器等導入」にチェックすることになるが、それぞれが別の取組であり、平成 27 年 4 月から実施した新しい取組内容であることから、その他の欄にその旨が分かるように記載すること等が考えられる。</p>
<p>(問 40)</p> <p>一時金で処遇改善を行う場合、「一時金支給日まで在籍している者のみに支給する（支給日前に退職した者には全く支払われない）」という取扱いが可能か。</p>	<p>(答)</p> <p>処遇改善加算の算定要件は、賃金改善に要する額が処遇改善加算による収入を上回ることであり、事業所（法人）全体での賃金改善が要件を満たしていれば、一部の介護職員を対象としないことは可能である。</p> <p>ただし、この場合を含め、事業者は、賃金改善の対象者、支払いの時期、要件、賃金改善額等について、計画書等に明記し、職員に周知すること。</p> <p>また、介護職員から加算に係る賃金改善に関する照会があった場合は、当該職員についての賃金改善の内容について書面を用いるなど分かりやすく説明すること。</p>
<p>(問 42)</p> <p>処遇改善加算の算定要件である「処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善」に関して、下記の取組に要した費用を賃</p>	<p>(答)</p> <p>処遇改善加算を取得した介護サービス事業者等は、処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善の実施と併せて、キ</p>

<p>金改善として計上して差し支えないか。</p> <p>① 法人で受講を認めた研修に関する参加費や教材費等について、あらかじめ介護職員の賃金に上乗せして支給すること。</p> <p>② 研修に関する交通費について、あらかじめ介護職員に賃金に上乗せして支給すること。</p> <p>③ 介護職員の健康診断費用や、外部から講師を招いて研修を実施する際の費用を法人が肩代わりし、当該費用を介護職員の賃金改善とすること。</p>	<p>キャリアパス要件や職場環境等要件を満たす必要があるが、当該取組に要する費用については、算定要件における賃金改善の実施に要する費用に含まれない。</p> <p>当該取組に要する費用以外であって、処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を行うための具体的な方法については、労使で適切に話し合った上で決定すること。</p>
<p>(問45)</p> <p>職場環境等要件について、「資質の向上」、「労働環境・処遇の改善」、「その他」といったカテゴリー別に例示が挙げられているが、処遇改善加算を取得するに当たっては、各カテゴリーにおいて1つ以上の取組を実施する必要があるのか。</p>	<p>(答)</p> <p>あくまでも例示を分類したものであり、例示全体を参考とし、選択したキャリアパスに関する要件と明らかに重複する事項でないものを1つ以上実施すること。</p>
<p>(問46)</p> <p>平成27年度に処遇改善加算を取得するに当たって、賃金改善に係る比較時点として、平成26年度の賃金水準と比較する場合であって、平成26年度中に定期昇給が行われた場合、前年度となる平成26年度の賃金水準については、定期昇給前の賃金水準となるのか、定期昇給後の賃金水準となるのか、又は年度平均の賃金水準になるのか。</p>	<p>(答)</p> <p>前年度の賃金水準とは、前年度に介護職員に支給した賃金総額や、前年度の介護職員一人当たりの賃金月額である。</p>
<p>(問47)</p> <p>今般、処遇改善加算を新しく取得するに当たって、処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善分について、以下の内容を充てることを労使で合意した場合、算定要件にある当該賃金改善分とすることは差し支えないか。</p> <p>① 過去に自主的に実施した賃金改善分</p> <p>② 通常の定期昇給等によって実施された賃金改善分</p>	<p>(答)</p> <p>賃金改善は、加算を取得していない場合の賃金水準と、加算を取得し実施される賃金水準の改善見込額との差分を用いて算定されるものであり、比較対象となる加算を取得していない場合の賃金水準とは、平成26年度以前に加算を取得していた介護サービス事業者等の介護職員の場合、次のいずれかの賃金水準としている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・加算を取得する直前の時期の賃金水準（交付金を取得していた場合は、交付金による賃金改善の部分を除く。） ・加算を取得する月の属する年度の前年度の賃金水準（加算の取得による賃金改善の部分を除く。） <p>したがって、比較対象となる加算を取得していない場合の賃金水準と比較して、賃金改善が行われていることが算定要件として必要なものであり、賃金改善の方法の一つとして、当該賃金改善分に、過去に自主的に実施した賃金改善分や、定期昇給等による賃金改善分を含むことはできる。</p>
<p>(問49)</p> <p>介護職員が派遣労働者の場合であっても、処遇改善加算の対象となるのか。</p>	<p>(答)</p> <p>介護職員であれば派遣労働者であっても、処遇改善加算の対象とすることは可能であり、賃金改善を行う方法等について派遣元と相談した上で、介護職員処遇改善計画書や介護職員処遇改善実績報告書について、対象とする派遣労働者を含めて作成すること。</p>
<p>(問50)</p> <p>平成27年度から新たに介護サービス事業所・施設を開設する場合も処遇改善加算の取得は可能か。</p>	<p>(答)</p> <p>新規事業所・施設についても、加算の取得は可能である。この場合において、介護職員処遇改善計画書には、処遇改善加算を取得していない場合の賃金水準からの賃金改善額</p>

	<p>や、賃金改善を行う方法等について明確にすることが必要である。なお、方法は就業規則、雇用契約書等に記載する方法が考えられる。</p>
<p>(問51) 介護職員処遇改善加算の届出は毎年度必要か。平成27年度に処遇改善加算を取得しており、平成28年度にも処遇改善加算を取得する場合、再度届け出る必要があるのか。</p>	<p>(答) 処遇改善加算を算定しようとする事業所が前年度も加算を算定している場合、介護職員処遇改善計画書は毎年度提出する必要があるが、既に提出された計画書添付書類については、その内容に変更（加算取得に影響のない軽微な変更を含む）がない場合は、その提出を省略させることができる。</p>
<p>(問52) 従来の処遇改善加算（Ⅰ）～（Ⅲ）については、改正後には処遇改善加算（Ⅱ）～（Ⅳ）となるが、既存の届出内容に変更点がない場合であっても、介護給付費算定に係る介護給付費算定等体制届出書の提出は必須か。 [区分は現行と異なる]</p>	<p>(答) 介護給付費算定に係る体制状況一覧については、その内容に変更がある場合は届出が必要になるが、各自治体の判断において対応が可能であれば、届出書は不要として差し支えない。</p>
<p>(問55) 処遇改善加算に係る届出において、平成26年度まで処遇改善加算を取得していた事業所については、一部添付書類（就業規則等）の省略を行ってよいか。</p>	<p>(答) 前年度に処遇改善加算を算定している場合であって、既に提出された計画書添付書類に関する事項に変更がない場合は、各自治体の判断により、その提出を省略して差し支えない。</p>
<p>(問56) 基本給は改善しているが、賞与を引き下げることで、あらかじめ設定した賃金改善実施期間の介護職員の賃金が引き下げられた場合の取扱いはどうなるのか。その際には、どのような資料の提出が必要となるのか。</p>	<p>(答) 処遇改善加算を用いて賃金改善を行うために一部の賃金項目を引き上げた場合であっても、事業の継続を図るために、賃金改善実施期間の賃金が引き下げられた場合については、特別事情届出書を届け出る必要がある。 なお、介護職員の賃金水準を引き下げた後、その要因である特別な状況が改善した場合には、可能な限り速やかに介護職員の賃金水準を引下げ前の水準に戻す必要がある。 また、その際の特別事情届出書は、以下の内容が把握可能となっている必要がある。 ・処遇改善加算を取得している介護サービス事業所等の法人の収支（介護事業による収支に限る。）について、サービス利用者数の大幅な減少等により経営が悪化し、一定期間にわたって収支が赤字である、資金繰りに支障が生じる等の状況にあることを示す内容 ・介護職員の賃金水準の引下げの内容 ・当該法人の経営及び介護職員の賃金水準の改善の見込み ・介護職員の賃金水準を引き下げることにについて、適切に労使の合意を得ていること等の必要な手続きを行った旨</p>
<p>(問57) 賃金改善実施期間の賃金が引き下げられた場合であっても、加算の算定額以上の賃金改善が実施されていれば、特別事情届出書は提出しなくてもよいのか。</p>	<p>(答) 処遇改善加算は、平成27年3月31日に発出された老発0331第34号の2(2)②の賃金改善に係る比較時点の考え方や、2(3)①口のただし書きによる簡素な計算方法の比較時点の考え方に基づき、各事業所・施設が選択した「処遇改善加算を取得していない場合の賃金水準」と比較し、処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善の実施を求めるものであり、当該賃金改善が実施されない場合は、</p>

	特別事情届出書の提出が必要である。
(問58) 一部の職員の賃金水準を引き下げたが、一部の職員の賃金水準を引き上げた結果、事業所・施設の介護職員全体の賃金水準は低下していない場合、特別事情届出書の提出はしなくてよいか。	(答) 一部の職員の賃金水準を引き下げた場合であっても、事業所・施設の介護職員全体の賃金水準が低下していない場合は、特別事情届出書を提出する必要はない。 ただし、事業者は一部の職員の賃金水準を引き下げた合理的な理由について労働者にしっかりと説明した上で、適切に労使合意を得ること。
(問59) 法人の業績不振に伴い業績連動型の賞与や手当が減額された結果、賃金改善実施期間の賃金が引き下げられた場合、特別事情届出書の提出は必要なのか。	(答) 事業の継続を図るために特別事情届出書を提出した場合を除き、賃金水準を低下させてはならないため、業績連動型の賞与や手当が減額された結果、賃金改善実施期間の賃金が引き下げられた場合、特別事情届出書の提出が必要である。
(問60) 事業の継続が可能にもかかわらず経営の効率化を図るといった理由や、介護報酬改定の影響のみを理由として、特別事情届出書を届け出ることが可能か。	(答) 特別事情届出書による取扱いについては、事業の継続を図るために認められた例外的な取扱いであることから、事業の継続が可能にもかかわらず経営の効率化を図るといった理由で、介護職員の賃金水準を引き下げることができない。 また、特別事情届出書による取扱いの可否については、介護報酬改定のみをもって一律に判断されるものではなく、法人の経営が悪化していること等の以下の内容が適切に把握可能となっている必要がある。 ・ 処遇改善加算を取得している介護サービス事業所等の法人の収支（介護事業による収支に限る。）について、サービス利用者数の大幅な減少等により経営が悪化し、一定期間にわたって収支が赤字である、資金繰りに支障が生じる等の状況にあることを示す内容 ・ 介護職員の賃金水準の引下げの内容 ・ 当該法人の経営及び介護職員の賃金水準の改善の見込み ・ 介護職員の賃金水準を引き下げることについて、適切に労使の合意を得ていること等の必要な手続きを行った旨
(問61) 新しい処遇改善加算を取得するに当たってあらかじめ特別事情届出書を提出し、事業の継続を図るために、介護職員の賃金水準（加算による賃金改善分を除く。）を引き下げた上で賃金改善を行う予定であっても、当該加算の取得は可能なのか。	(答) 特別事情届出書を届け出ることにより、事業の継続を図るために、介護職員の賃金水準（加算による賃金改善分を除く。）を引き下げた上で賃金改善を行うことが可能であるが、介護職員の賃金水準を引き下げた後、その要因である特別な状況が改善した場合には、可能な限り速やかに介護職員の賃金水準を引下げ前の水準に戻す必要があることから、本取扱いについては、あくまでも一時的な対応といった位置付けのものである。 したがって、新しい処遇改善加算を取得するに当たってあらかじめ特別事情届出書を提出するものではなく、特別な事情により介護職員処遇改善計画書に規定した賃金改善を実施することが困難と判明した、又はその蓋然性が高いと見込まれた時点で、当該届出書を提出すること。

<p>(問62) 特別事情届出書を提出し、介護職員の賃金水準（加算による賃金改善分を除く。）を引き下げた上で賃金改善を行う場合、賃金水準の引下げに当たっての比較時点はいつになるのか。</p>	<p>(答) 平成27年3月31日に発出された老発0331第34号の2(2)②の賃金改善に係る比較時点の考え方や、2(3)①口のただし書きによる簡素な計算方法の比較時点の考え方にに基づき、各事業所・施設が選択した「処遇改善加算を取得していない場合の賃金水準」と比較すること。</p>
---	---

●介護保険最新情報 vol.583「平成29年度介護報酬改定に関するQ&A」（平成29年3月16日）	
介護職員処遇改善加算	
<p>(問1) キャリアパス要件Ⅲと既存のキャリアパス要件Ⅰとの具体的な違い如何。</p>	<p>(答) キャリアパス要件Ⅰについては、職位・職責・職務内容等に応じた任用要件と賃金体系を整備することを要件としているが、昇給に関する内容を含めることまでは求めているものではないものである。一方、新設する介護職員処遇改善加算（以下「加算」という。）の加算（Ⅰ）（以下「新加算（Ⅰ）」という。）の取得要件であるキャリアパス要件Ⅲにおいては、経験、資格又は評価に基づく昇給の仕組みを設けることを要件としている。 [区分は現行と異なる]</p>
<p>(問2) 昇給の仕組みとして、それぞれ『①経験②資格③評価のいずれかに応じた昇給の仕組みを設けること』という記載があるが、これらを組み合わせて昇給の要件を定めてもいいか。</p>	<p>(答) お見込みのとおりである。</p>
<p>(問3) 昇給の方式については、手当や賞与によるものでも良いのか。</p>	<p>(答) 昇給の方式は、基本給による賃金改善が望ましいが、基本給、手当、賞与等を問わない。</p>
<p>(問4) 資格等に応じて昇給する仕組みを設定する場合において、「介護福祉士資格を有して当該事業所や法人で就業する者についても昇給が図られる仕組みであることを要する」とあるが、具体的にはどのような仕組みか。</p>	<p>(答) 本要件は、介護福祉士の資格を有して事業所や法人に雇用される者がいる場合があることを踏まえ、そのような者も含めて昇給を図る観点から設けているものであり、例えば、介護福祉士の資格を有する者が、介護支援専門員の資格を取得した場合に、より高い基本給や手当が支給される仕組みなどが考えられる。</p>
<p>(問5) キャリアパス要件Ⅲによる昇給の仕組みについて、非常勤職員や派遣職員はキャリアパス要件Ⅲによる昇給の仕組みの対象となるか。</p>	<p>(答) キャリアパス要件Ⅲによる昇給の仕組みについては、非常勤職員を含め、当該事業所や法人に雇用される全ての介護職員が対象となり得るものである必要がある。 また、介護職員であれば派遣労働者であっても、派遣元と相談の上、介護職員処遇改善加算の対象とし、派遣料金の値上げ分等に充てることは可能であり、この場合、計画書・実績報告書は、派遣労働者を含めて作成することとしている。新加算（Ⅰ）の取得に当たっても本取扱いに変わりはないが、キャリアパス要件Ⅲについて、派遣労働者を加算の対象とする場合には、当該派遣職員についても当該要件に該当する昇給の仕組みが整備されていることを要する。 [区分は現行と異なる]</p>
<p>(問6)</p>	<p>(答)</p>

<p>キャリアパス要件Ⅲの昇給の基準として「資格等」が挙げられているが、これにはどのようなものが含まれるのか。</p>	<p>「介護福祉士」のような資格や、「実務者研修修了者」のような一定の研修の修了を想定している。また、「介護福祉士資格を有して当該事業所や法人で就業する者についても昇給が図られる仕組み」については、介護職員として職務に従事することを前提としつつ、介護福祉士の資格を有している者が、「介護支援専門員」や「社会福祉士」など、事業所が指定する他の資格を取得した場合に昇給が図られる仕組みを想定している。</p> <p>また、必ずしも公的な資格である必要はなく、例えば、事業所等で独自の資格を設け、その取得に応じて昇給する仕組みを設ける場合も要件を満たし得る。ただし、その場合にも、当該資格を取得するための要件が明文化されているなど、客観的に明らかとなっていることを要する。</p>
<p>(問7) 『一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組み』とあるが、一定の基準とは具体的にどのような内容を指すのか。また、「定期に」とは、どの程度の期間まで許されるのか。</p>	<p>(答) 昇給の判定基準については、客観的な評価基準や昇給条件が明文化されていることを要する。また、判定の時期については、事業所の規模や経営状況に応じて設定して差し支えないが、明文化されていることが必要である。</p>
<p>(問8) キャリアパス要件Ⅲを満たす昇給の仕組みを設けたが、それによる賃金改善総額だけでは、加算の算定額を下回る場合、要件は満たさないこととなるのか。</p>	<p>(答) キャリアパス要件Ⅲを満たす昇給の仕組みによる賃金改善では加算の算定額に満たない場合においても、当該仕組みによる賃金改善を含め、基本給、手当、賞与等による賃金改善の総額が加算の算定額を上回っていればよい。</p>

<p>●介護保険最新情報 vol.629「平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.1) について」(平成30年3月23日)</p>	
<p>介護職員処遇改善加算</p>	
<p>(問142) 外国人の技能実習制度における介護職種の技能実習生は、介護職員処遇改善加算の対象となるのか。</p>	<p>(答) 介護職種の技能実習生の待遇について、「日本人が従事する場合の報酬の額と同等以上であること」とされていることに鑑み、介護職種の技能実習生が介護業務に従事している場合、EPAによる介護福祉士候補者と同様に、介護職員処遇改善加算の対象となる。</p>

<p>●介護保険最新情報 vol.675「平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.6) について」(平成30年8月6日)</p>	
<p>介護職員処遇改善加算</p>	
<p>(問7) 最低賃金を満たしているのかを計算するにあたっては、介護職員処遇改善加算により得た加算額を最低賃金額と比較する賃金に含めることとなるのか。</p>	<p>(答) 介護職員処遇改善加算により得た加算額を、最低賃金額と比較する賃金に含むか否かについては、当該加算額が、臨時に支払われる賃金や賞与等として支払われておらず、予定し得る通常の賃金として、毎月労働者に支払われているような場合には、最低賃金額と比較する賃金に含めることとなるが、当該加算の目的等を踏まえ、最低賃金を満たした上で、賃金の引上げを行っていただくことが望ましい。</p>

<p>●介護保険最新情報 vol.799「2019年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.4) について」(令和2年3月30日)</p>	
<p>介護職員処遇改善加算</p>	
<p>(問4)</p>	<p>(答)</p>

<p>介護職員処遇改善計画書・介護職員等特定処遇改善計画書において、介護職員（職員）の賃金の総額を計算するに当たり、「なお、これにより難しい合理的な理由がある場合には、他の適切な方法により前年度の（介護職員）の賃金の総額を推定するものとする」とされているが、「これにより難しい合理的な理由がある場合」とは、例えばどのような場合を想定しているのか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ これにより難しい合理的な理由がある場合としては、例えば、 <ul style="list-style-type: none"> - 前年の 10 月に事業所を新設した等サービス提供期間が 12 ヶ月に満たない場合、 - 申請する前年度において職員の退職などにより職員数が減少し、基準額となる賃金総額として適切でない場合、 - 前年（1～12 月）の途中から事業規模の拡大又は縮小を行い、申請年度においては、変更後の事業規模で実施する予定である等、当該年度の賃金総額として適切な規模に推定する必要がある場合等を想定している。 ・ なお、具体的な推計方法については、例えば、 <ul style="list-style-type: none"> - サービス提供期間が 12 ヶ月に満たない場合は、12 ヶ月サービスを提供していたと仮定した場合における賃金水準を推計すること - 事業規模を拡大した場合は、比較時点にいない職員について、当該職員と同職であって、勤務年数等が同等の職員の賃金水準で推計すること <p>等が想定される。</p> <p>また、複数の介護サービス事業所等について一括して申請を行う事業所において、当該申請に関係する事業所等に増減があった場合は、変更の届出が必要とされているが、例えば、事業所が増加することにより、職員も増えた場合における推計方法は、当該職員と同職であって勤務年数等が同等の職員の賃金水準で推計し、前年度（前年の 1～12 月）の賃金総額を推計することが想定される。</p>
<p>(問5)</p> <p>令和 2 年度の介護職員処遇改善加算又は特定処遇改善加算を算定するに当たり、介護職員処遇改善加算又は特定処遇改善加算の「前年度の賃金の総額」を算出する場合の「賃金の総額」や「加算の総額」、「各介護サービス事業者等の独自の賃金改善額」は、どのように記載すればいいか。</p>	<p>(答)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 賃金改善の見込額の算出に当たっては、前年度の賃金の総額等と加算の見込額を比較し計算することとしているが、前年度の賃金の総額等については、原則、加算を取得する前年の 1 月～12 月の実績に基づき記載することを想定している。 ・ 令和元年 10 月から特定処遇改善加算を算定している場合の令和 2 年度の当該加算の取扱いに関しては、 <ul style="list-style-type: none"> - 特定処遇改善加算の総額について、10 月～12 月の実績（10 月から算定した場合は、10 月サービス提供分について、12 月に各都道府県の国保連から支払われた収入）から 12 ヶ月分を推計（10 月サービス提供分の介護報酬総単位数を用いて計算）し、 - 前年度の介護職員（職員）の賃金の総額について、特定処遇改善加算の総額（12 ヶ月分を推計した額）と同額を前年度の介護職員（職員）の賃金の総額に含めて計算すること（独自の賃金改善を行っている場合は、当該額を含めること）等が想定されるが、個別の状況に応じ判断されたい。 ・ なお、独自の賃金改善を行っていない場合には、特定処遇改善加算の総額（12 ヶ月分を推計した額）と同額が前年度の介護職員（職員）の賃金の総額に含まれることから、相殺されることとなる。 ・ また、本項目については、「賃金改善の見込額」が「処遇改善加算の見込額」を上回ることを確認するものであり、

	独自の賃金改善額についても前年の1月～12月の実績に基づき記載することを想定している。
(問6) 介護職員処遇改善計画書・介護職員等特定処遇改善計画書における「前年度における介護サービス事業者等の独自の賃金改善額」には、どのようなものを記載するのか。	(答) ・ 介護職員処遇改善計画書・介護職員等特定処遇改善計画書を提出する前年度において介護サービス事業者等が、加算額を上回る賃金改善を行うために実施した賃金改善額（初めて処遇改善加算を取得した年度（交付金を取得している場合については交付金を初めて取得した年度）以降に、新たに行ったものに限る。手当や定期昇給によるものなど賃金改善の手法は問わない。）について、記載することを想定している。 ・ なお、このため、加算額を上回る賃金改善を行うために実施した「以前から継続している賃金改善」についても記載することは可能である。
(問7) 介護職員処遇改善計画書・介護職員等特定処遇改善計画書において、様式2-1の「(3)賃金改善を行う賃金項目及び方法」のうち、「イ介護職員処遇改善加算」と「ロ介護職員等特定処遇改善加算」の「具体的な取組内容」で、記載が求められる「(上記取組の開始時期)」は、どの時点の年月を記載するのか。	(答) 「イ介護職員処遇改善加算」については、初めて介護職員処遇改善加算を取得した年月を、「ロ介護職員等特定処遇改善加算」については、特定処遇改善加算を取得した年月を記載することを想定している。
(問9) 別紙様式2-1 介護職員処遇改善計画書・介護職員等特定処遇改善計画書における「⑦平均賃金改善額」の「iii前年度の一月当たりの常勤換算職員数」は、「原則として、本計画書を提出する前月の常勤換算方法により算出する」とされているが、職員数の変動があった場合など、前月の実績を用いることが適当でないと考えられる事業所においては、過去3ヶ月の平均値や前々月の実績など、他の期間の実績を用いることは可能か。	(答) お見込みのとおり

●介護保険最新情報 vol.941「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(vol.1)」(令和3年3月19日)	
介護職員処遇改善加算	
(問17) 事業所内での配分方法を定めるにあたり、「他の介護職員」を設定せず、「経験・技能のある介護職員」と「その他の職種」のみの設定となることは想定されるのか。	(答) ・ 事業所毎に、「経験・技能のある介護職員」のグループを設定することが必要であるが、介護職員の定着が進み、勤続年数が長くなったこと等により、当該事業所で働く介護職員全てが、「経験・技能のある介護職員」であると認められる場合には、「経験・技能のある介護職員」と「その他の職種」のみの設定となることも想定される。 ・ この場合における配分ルールについては、当該事業所における「経験・技能のある介護職員」の平均賃金改善額が、「その他の職種」の平均賃金改善額の2倍より高いことが必要である。
(問22) 2019年度介護報酬改定に関するQ&A(vol.4)(令和2年3月30日)問4において、「これにより難しい合理的な理由がある場合」の例示及び推計方法例が示されているが、	(答) ・ 賃金改善の見込額と前年度の介護職員の賃金の総額との比較については、改善加算及び特定加算による収入額を上回る賃金改善が行われていることを確認するために行うもので

<p>勤続年数が長い職員が退職し、勤続年数の短い職員を採用した場合等は、これに該当するのか。またどのように推計するのか。</p>	<p>あり、勤続年数が長い職員が退職し、職員を新規採用したことにより、前年度の介護職員の賃金の総額が基準額として適切でない場合は、「これにより難い合理的な理由がある場合」に該当するものである。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・このような場合の推計方法について、例えば、前年度の介護職員の賃金の総額は、 <ul style="list-style-type: none"> － 退職者については、その者と同職であって勤務年数等が同等の職員が、前年度在籍していなかったものと仮定した場合における賃金総額を推定する － 新規採用職員については、その者と同職であって勤務年数等が同等の職員が、前年度在籍したものと仮定した場合における賃金総額を推定する <p>等が想定される。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・具体的には、 <ul style="list-style-type: none"> － 勤続10年の者が前年度10人働いていたが、前年度末に5人退職し － 勤続1年目の者を今年度当初に5人採用した場合には、仮に、勤続年数が同一の者が全て同職であった場合、前年度、 － 勤続10年の者は5人在籍しており、 － 勤続1年の者は15人在籍していたものとして、賃金総額を推計することが想定される。 <p><推計の例>勤続年数が同一の者が全て同職の場合</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th>勤続10年</th> <th>勤続5年</th> <th>勤続1年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>前</td> <td>実際の人数</td> <td>10人</td> <td>10人</td> <td>10人</td> </tr> <tr> <td>年</td> <td>推計に当たっての</td> <td>5人→10人のうち、5人は</td> <td>10人</td> <td>15人→10人に加え、5人在</td> </tr> <tr> <td>度</td> <td>人数</td> <td>在籍しなかったものと仮定</td> <td>→実際と同様</td> <td>籍したものと仮定</td> </tr> <tr> <td>今年度</td> <td></td> <td>5人</td> <td>10人</td> <td>15人</td> </tr> </tbody> </table>			勤続10年	勤続5年	勤続1年	前	実際の人数	10人	10人	10人	年	推計に当たっての	5人→10人のうち、5人は	10人	15人→10人に加え、5人在	度	人数	在籍しなかったものと仮定	→実際と同様	籍したものと仮定	今年度		5人	10人	15人
		勤続10年	勤続5年	勤続1年																						
前	実際の人数	10人	10人	10人																						
年	推計に当たっての	5人→10人のうち、5人は	10人	15人→10人に加え、5人在																						
度	人数	在籍しなかったものと仮定	→実際と同様	籍したものと仮定																						
今年度		5人	10人	15人																						

<p>●介護保険最新情報 vol. 952 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.3)」 (令和3年3月26日)</p>	
<p>介護職員処遇改善加算</p>	
<p>(問127)</p> <p>職場環境等要件に基づく取組として「介護職員の身体の負担軽減のための介護技術の修得支援、介護ロボットやリフト等の介護機器等導入及び研修等による腰痛対策の実施」が設けられたが、新たに取組みを行うにあたり参考にできるものはあるか。</p>	<p>(答)</p> <p>介護職員の腰痛予防対策の観点から、「職場における腰痛予防対策指針」(平成25年6月18日付基発0618第3号「職場における腰痛予防対策の推進について」参考2別添)を公表しており参考にされたい。</p> <p>https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000034et4att/2r98520000034pjn_1.pdf</p>

<p>●介護保険最新情報 vol.993 「介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算に関するQ&A」 (令和3年6月29日)</p>	
<p>介護職員処遇改善加算</p>	
<p>(問1)</p> <p>処遇改善計画書及び実績報告書において基準額1、2(前年度の(介護職員の)賃金の総額)及び基準額3(グループ別の前年度の平均賃金額)の欄が設けられているが、実績報告書の提出時において、基準額1、2及び3に変更の必要が生じた場合について、どのように対応すればよいか。</p>	<p>(答)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・処遇改善加算及び特定加算(以下「処遇改善加算等」という。)については、原則、当該事業所における処遇改善加算等により賃金改善を行った総額が、処遇改善加算等による収入額を上回る必要があり、実績報告においてもその点を確認しているところ。 ・当該事業所における処遇改善加算等により賃金改善を行った総額については、

	<p>① 前年度の賃金の総額（基準額1、2）</p> <p>② 処遇改善加算又は特定加算による賃金改善を含めた当該年度の賃金の総額</p> <p>を比較し計算することとしているが、①について職員構成や賃金改善実施期間等が変わることにより、修正が必要となった場合や、②について経営状況等が変わった場合、以下の取扱いが可能である。</p> <p>＜①について職員構成や賃金改善実施期間等が変わることにより、修正が必要となった場合＞</p> <p>当該年度において、勤続年数が長い職員が退職し、職員を新規採用したこと等により、前年度と職員構成等が変わった場合等に、処遇改善計画書に記載した前年度の賃金の総額が、②と比較するに当たっての基準額として適切ではなくなる場合がある。</p> <p>通常は、処遇改善計画書の変更の届出を行い、基準額1、2の額を推計することにより修正することとなるが、この場合は、実績報告書の提出時において、変更前後の基準額と合理的な変更理由を説明することで差し支えない。（令和2年度実績報告書においては、説明方法は問わないが、令和3年度においては、「介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和3年3月16日老発0316第4号）でお示しした実績報告書（様式3-1）の「⑥その他」に記載されたい。）</p> <p>〔令和4年10月からの取扱いについては、「介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算及び介護職員等ベースアップ等支援加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和4年6月21日老発0621第1号）により規定されている〕</p> <p>なお、これは、基準額3についても同様であるとともに、推計方法は、令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.1）（令和3年3月19日）問22を参考にされたい。</p> <p>＜②について経営状況等が変わった場合＞</p> <p>サービス利用者数の減少などにより経営が悪化し、一定期間収支が赤字である、資金繰りに支障が生じる等の状況により、賃金水準を引き下げざるを得ない場合は、特別事情届出書を届け出ること、計画書策定時点と比較し「加算の算定により賃金改善を行った賃金の総額」が減少し、実績報告書において賃金改善所要額が加算総額を下回ることも差し支えない。</p> <p>なお、賃金水準を引き下げた要因である特別な状況が改善した場合には、平成27年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.2）（平成27年4月30日）問56のとおり、可能な限り速やかに賃金水準を引下げ前の水準に戻す必要があること。</p>
<p>(問4)</p> <p>実績報告書別紙様式3-1及び3-2に記載する本年度</p>	<p>(答)</p> <p>・ 実績報告書において、事業所ごとの賃金改善実施期間に</p>

の賃金の総額及び本年度の加算の総額について、賃金改善実施期間を4月から翌年3月までの期間以外で設定している事業所においては、事業所ごとの賃金改善実施期間において支払われた賃金の総額及び加算の総額を記載することが可能か。

また、法人で一括して処遇改善計画書及び実績報告書を作成している法人において、事業所ごとに賃金改善実施期間が異なる場合等、賃金改善実施期間を変更することは可能か。

において支払われた賃金の総額及び加算の総額を記載することが可能である。

・ 事業所毎の状況を記載するに当たり、例えば、賃金改善実施期間については、合理的な理由がある場合に変更することも可能であり、令和2年度は令和2年7月～令和3年6月を賃金改善実施期間として設定していた事業者が、令和3年度から令和3年4月～令和4年3月に変更しようとする場合、令和2年度の処遇改善計画書の賃金改善実施期間を変更する届出を行い、令和2年7月～令和3年3月の9ヵ月に短縮することも考えられること。なお、計算方法としては、例えば以下の方法が想定されること。

- 基準額1・2については、原則として、「加算を取得する前年の1月から12月までの12か月間の(介護職員の)賃金の総額」を記入することとしているが、この場合、「加算を取得する前年の1月から12月までの12か月間の(介護職員の)賃金の総額」から12を除いて、変更した期間(上記の場合は9か月間)の月数を掛けて得られた額を記載することとし、

- 処遇改善計画書別紙様式2-1の(1)④ii)(イ)及び(ウ)、(2)⑥ii)(イ)及び(ウ)については、原則として、都道府県国民健康保険団体連合会から通知される「介護職員処遇改善加算等総額のお知らせ」に基づき記載することとしているが、この場合、12か月間の加算の総額から12を除いて、変更した期間(上記の場合は9か月間)の月数を掛けて得られた額を記載することとする。

3.1 介護職員等特定処遇改善加算

- ・ 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事に届け出た通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、通所リハビリテーションを行った場合には、当該基準に掲げる区分に従い、所定単位数に加算する。

根拠法令等

「厚生省告示第19号」 別表7 ト注	「老企第36号」 第2の8(30)
<p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、指定通所リハビリテーションを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。</p> <p>(1) 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)</p> <p>イからホまでにより算定した単位数の1000分の20に相当する単位数</p>	<p>(介護職員等特定処遇改善加算について)</p> <p>訪問介護と同様であるので、2の(23)を参照されたい。</p> <p>【参照】2(23)</p> <p>介護職員等特定処遇改善加算の内容については、別途通知(「介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算及び介護職員等ベースアップ等支援加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」老発0621第1号令和4年6月21日)を参照すること。</p>

(2) 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）

イからホまでにより算定した単位数の1000分の17に相当する単位数

※ 別に厚生労働大臣が定める基準（「厚生労働大臣が定める基準」平成27年厚生労働省告示第95号の三十四の二）

通所リハビリテーション費における介護職員等特定処遇改善加算の基準

第6号の2の規定を準用する。

（準用）

第6号の2 訪問入浴介護費における介護職員等特定処遇改善加算の基準

イ 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) 介護職員その他の職員の賃金改善について、次に掲げる基準のいずれにも適合し、かつ、賃金改善に要する費用の見込額が介護職員等特定処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。

(一) 経験・技能のある介護職員のうち一人は、賃金改善に要する費用の見込額が月額8万円以上又は賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円以上であること。ただし、介護職員等特定処遇改善加算の算定見込額が少額であることその他の理由により、当該賃金改善が困難である場合はこの限りでないこと。

(二) 指定指定通所リハビリテーション事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員（経験・技能のある介護職員を除く。）の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っていること。

(三) 介護職員（経験・技能のある介護職員を除く。）の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上であること。ただし、介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員（経験・技能のある介護職員を除く。）の平均賃金額を上回らない場合はその限りでないこと。

(四) 介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円を上回らないこと。

(2) 当該指定通所リハビリテーション事業所において、賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の

<p>当該事業所の職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員等特定処遇改善計画書を作成し、全ての職員に周知し、都道府県知事に届け出ていること。</p> <p>(3) 介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために当該事業所の職員の賃金水準(本加算による賃金改善分を除く。)を見直すことはやむを得ないが、その内容について都道府県知事に届け出ること。</p> <p>(4) 当該指定通所リハビリテーション事業所において、事業年度ごとに当該事業所の職員の処遇改善に関する実績を都道府県知事に報告すること。</p> <p>(5) 通所リハビリテーション費におけるサービス提供体制強化加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)のいずれかを届け出ていること。</p> <p>(6) 通所リハビリテーション費における介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定していること。</p> <p>(7) (2)の届出に係る計画の期間中に実施する職員の処遇改善の内容(賃金改善に関するものを除く。以下この号において同じ。)及び当該職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知していること。</p> <p>(8) (7)の処遇改善の内容等について、インターネットの利用その他の適切な方法により公表していること。</p> <p>ロ 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) イ(1)から(4)まで及び(6)から(8)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。</p>	
<p>(介護予防)「厚生労働省告示第127号」 別表5ヲ注</p>	<p>(介護予防)「老計発第0317001号」 第2の6(14)</p>
<p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護予防通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、指定介護予防通所リハビリテーションを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。</p> <p>(1) 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) イからヌまでにより算定した単位数の1000分の20に相当する単位数</p> <p>(2) 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) イからヌまでにより算定した単位数の1000分の17に相当する単位数</p> <p>※ 別に厚生労働大臣が定める基準(「厚生労働大臣が定める基準」平成27年厚生労働省告示第95号の百十四の二)</p> <p>介護予防通所リハビリテーション費における介護職員等特定処遇改善加算の基準</p>	<p>(介護職員等特定処遇改善加算の取扱い)</p> <p>介護予防訪問入浴介護と同様であるので、2(11)を参照のこと。</p> <p>【参照】2(11)より</p> <p>介護職員等特定処遇改善加算の内容については、別途通知(「介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算及び介護職員等ベースアップ等支援加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」老発0621第1号令和4年6月21日)を参照すること。</p>

●介護保険最新情報 vol.719「2019年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.1)」(平成31年4月12日)

介護職員等特定処遇改善加算

<p>(問1) 介護職員等特定処遇改善加算は、勤続10年以上の介護福祉士がいなければ取得できないのか。</p>	<p>(答) 介護職員等特定処遇改善加算については、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 現行の介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までを取得していること ・ 介護職員等特定処遇改善加算の職場環境等要件に関し、複数の取組を行っていること ・ 介護職員等特定処遇改善加算に基づく取組について、ホームページへの掲載等を通じた見える化を行っていることを満たす事業所が取得できることから、勤続10年以上の介護福祉士がいなくても取得可能である。
<p>(問3) ホームページ等を通じた見える化については、情報公表制度を活用しないことも可能か。</p>	<p>(答) 事業所において、ホームページを有する場合、そのホームページを活用し、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護職員等特定処遇改善加算の取得状況 ・ 賃金改善以外の処遇改善に関する具体的な取組内容を公表することも可能である。
<p>(問4) 経験・技能のある介護職員について、勤続10年以上の介護福祉士を基本とし、介護福祉士の資格を有することを要件としつつ、勤続10年の考え方については、事業所の裁量で設定できることとされているが、どのように考えるのか。</p>	<p>(答) 「勤続10年の考え方」については、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 勤続年数を計算するにあたり、同一法人のみだけでなく、他法人や医療機関等での経験等も通算する ・ すでに事業所内で設けられている能力評価や等級システムを活用するなど、10年以上の勤続年数を有しない者であっても業務や技能等を勘案して対象とするなど、各事業所の裁量により柔軟に設定可能である。
<p>(問5) 経験・技能のある介護職員に該当する介護職員がいないこととすることも想定されるのか。その場合、月額8万円の賃金改善となる者又は処遇改善後の賃金が役職者を除く全産業平均賃金(440万円)以上となる者を設定・確保することは必要か。</p>	<p>(答)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 経験・技能のある介護職員については、勤続年数10年以上の介護福祉士を基本とし、各事業所の裁量において設定することとなり、処遇改善計画書及び実績報告書において、その基準設定の考え方について記載することとしている。 ・ 今回、公費1000億円程度(事業費2000億円程度)を投じ、経験・技能のある介護職員に重点化を図りながら、介護職員の更なる処遇改善を行うという介護職員等特定処遇改善加算の趣旨を踏まえ、事業所内で相対的に経験・技能の高い介護職員を「経験・技能のある介護職員」のグループとして設定し、その中で月額8万円の賃金改善となる者等を設定することが基本となる。 ・ ただし、介護福祉士の資格を有する者がいない場合や、比較的新たに開設した事業所で、研修・実務経験の蓄積等に一定期間を要するなど、介護職員間における経験・技能に明らかな差がない場合などは、この限りでない。なお、このような「経験・技能のある介護職員」のグループを設定しない理由についても、処遇改善計画書及び実績報告書に具体的に記載する必要がある。

	<ul style="list-style-type: none"> どのような経験・技能があれば「経験・技能のある介護職員」のグループに該当するかについては、労使でよく話し合いの上、事業所ごとに判断することが重要である。
(問6) 月額8万円の処遇改善を計算するに当たり、現行の介護職員処遇改善加算による改善を含めて計算することは可能か。	(答) 月額8万円の処遇改善の計算に当たっては、介護職員等特定処遇改善加算にもよる賃金改善分で判断するため、現行の介護職員処遇改善加算による賃金改善分とは分けて判断することが必要である。
(問7) 処遇改善後の賃金が、役職者を除く全産業平均賃金(440万円)以上かを判断するにあたっての賃金に含まれる範囲はどこまでか。	(答) 「経験・技能のある介護職員」のうち設定することとしている「月額8万円の処遇改善」又は「処遇改善後の賃金が役職者を除く全産業平均賃金(440万円)以上」の処遇改善となる者に係る処遇改善後の賃金額については、手当等を含めて判断することとなる。なお、「月額8万円」の処遇改善については、法定福利費等の増加分も含めて判断し、処遇改善後の賃金「440万円」については、社会保険料等の事業主負担その他の法定福利費等は含まずに判断する。
(問9) その他の職種の440万円の基準を判断するにあたって、賃金に含まれる範囲はどこまでか。	(答) その他の職種の440万円の基準については、手当等を含めて判断することとなる。なお、法定福利費等は含まない。
(問10) その他の職種の440万円の基準についての非常勤職員の給与の計算はどのように行うのか。	(答) その他の職種の440万円の基準についての非常勤職員の給与の計算に当たっては、常勤換算方法で計算し賃金額を判断することが必要である。
(問11) 小規模な事業所で開設したばかりである等、設定することが困難な場合に合理的な説明を求める例として、8万円等の賃金改善を行うに当たり、これまで以上に事業所内の階層・役職やそのための能力・処遇を明確化することが必要になるため、規程の整備や研修・実務経験の蓄積などに一定期間を要する場合は挙げられているが、「一定期間」とはどの程度の期間を想定しているのか。	(答) <ul style="list-style-type: none"> 実際に月額8万円の改善又は年収440万円となる者を設定するにはこれまで以上に事業所内の階層・役職やそのための能力・処遇を明確化することが必要になるため、時間を要する可能性があるが、規程の整備等については適切にご対応いただきたい。 当該地域における賃金水準や経営状況等、それぞれ状況は異なることから、「一定期間」を一律の基準で定めることや計画を定めて一定の期間で改善を求めることは適切でない。
(問12) 各グループの対象人数に関して、「原則として常勤換算方法による」とされているが、どのような例外を想定しているのか。	(答) 各グループにおける平均賃金改善額を計算するに当たっては、経験・技能のある介護職員及び他の介護職員については、常勤換算方法による人数の算出を求めている。一方で、その他の職種については、常勤換算方法のほか、実人数による算出も可能であり、各事業所における配分ルールにも影響することも踏まえ、労使でよく話し合いの上、適切に判断されたい。
(問13) 平均改善額の計算にあたり、母集団に含まれることができる職員の範囲はどこまでか。	(答) 賃金改善を行う職員に加え、賃金改善を行わない職員についても、平均改善額の計算を行うにあたり職員の範囲に含まれることとなる。

<p>(問 14)</p> <p>実績報告に当たって、積算の根拠となる資料は「求められた場合には、提出できるようにしておく」とあるが、予め提出を求めても差し支えないか。</p>	<p>(答)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 今後とも見込まれる厳しい介護人材不足の中、国会等でも介護事業所の事務負担・文書量の大幅な削減が強く求められている。 ・ 過去の経緯等を踏まえ、特定の事業所に個別に添付書類の提出を求めることは差し支えないが、各事業所における賃金改善の方法や考え方については、処遇改善計画書及び実績報告書において記載を求めており、また職員の個々の賃金改善額は柔軟に決められる一方、各グループの平均賃金改善額のルールを設け、実績報告書に記載を求めるものであり、更に詳細な積算資料（各職員の賃金額や改善額のリスト等）の事前提出を一律に求めることは想定していない。
<p>(問 15)</p> <p>介護職員等特定処遇改善加算については、法人単位の申請が可能とされているが、法人単位での取扱いが認められる範囲はどこまでか。</p>	<p>(答)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 法人単位での取扱いについては、 ・ 月額8万円の処遇改善となる者又は処遇改善後の賃金が役職者を除く全産業平均賃金（440 万円）以上となる者を設定・確保 ・ 経験・技能のある介護職員、他の介護職員、その他の職種の設定が可能である。 ・ また、法人単位で月額8万円の処遇改善となる者等の設定・確保を行う場合、法人で一人ではなく、一括して申請する事業所の数に応じた設定が必要である。なお、事業所の中に、設定することが困難な事業所が含まれる場合は、実態把握に当たりその合理的理由を説明することにより、設定の人数から除くことが可能である。 ・ なお、取得区分が（Ⅰ）、（Ⅱ）と異なる場合であっても、介護職員等特定処遇改善加算の取得事業所間においては、一括の申請が可能である（未取得事業所や処遇改善加算の非対象サービスの事業所、介護保険制度外の事業所については一括した取扱いは認められない。）。

<p>●介護保険最新情報 vol.734 「2019 年度介護報酬改定に関する Q&A (vol.2)」（令和元年 7 月 23 日）</p>	
<p>介護職員等特定処遇改善加算</p>	
<p>(問 3)</p> <p>特定加算（Ⅰ）について、計画届出時点において、介護福祉士の配置等要件を満たしてなければ算定できないのか。</p>	<p>(答)</p> <p>原則、計画書策定時点において、サービス提供体制強化加算等を算定している等、介護福祉士の配置等要件を満たしていることが必要である。一方で、計画書策定時点では算定していないものの、特定加算（Ⅰ）の算定に向け、介護福祉士の配置等要件を満たすための準備を進め、特定加算の算定開始時点で、介護福祉士の配置等要件を満たしていれば算定することが可能である。</p>
<p>(問 5)</p> <p>事業所において、介護プロフェッショナルキャリア段位制度を導入し、人事考課と連動している場合、職場環境等要件の「資質の向上」の取組を行っている事業所として取り扱って良いか。また、現行加算のキャリアパス要件を満たしたことになるのか。</p>	<p>(答)</p> <p>介護プロフェッショナルキャリア段位制度については、現在、一般社団法人シルバーサービス振興会が介護事業所や施設等に勤務する介護職員の実践的な職業能力を評価、認定するという仕組みとして実施しているもの。そのため、この取組を行っている場合、現行加算のキャリアパス要件</p>

	<p>(Ⅱ)を満たし、また職場環境等要件の「資質の向上」の項目の一つである「研修の受講やキャリア段位制度と人事考課との連動」の取組を行っているものとして取り扱う。</p>
<p>(問7) 情報公表制度の報告対象外でかつ事業所独自のホームページを有しない場合、見える化要件を満たすことができず、特定加算を算定できないのか。</p>	<p>(答)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・見える化要件を満たすには、特定加算に基づく取組について、ホームページへの掲載等により公表していることを求めている。 ・具体的には、介護サービスの情報公表制度を活用していることを原則求めているが、この制度の対象となっていない場合は、外部の者が閲覧可能な形で公表することが必要である。 <p>その手法としては、ホームページの活用に限らず、事業所・施設の建物内の入口付近など外部の者が閲覧可能な場所への掲示等の方法により公表することも可能である。</p>
<p>(問8) 特定加算(Ⅱ)の算定に当たっては、介護福祉士の配置等要件を満たす必要はないが、この場合であっても、経験・技能のある介護職員のグループを設定する必要があるのか。</p>	<p>(答)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護福祉士の配置等要件は特定加算(Ⅰ)の算定要件である一方で、経験・技能のある介護職員のグループの設定等は事業所内における配分ルールとして設定しているものである。このため、特定加算(Ⅱ)を算定する場合であっても、経験・技能のある介護職員のグループの設定が必要である。 ・なお、事業所の事情に鑑み経験・技能のある介護職員に該当する介護職員がいない場合の取扱いについては、2019年度介護報酬改定に関するQ&A Vol. 1)問5を参照されたい。
<p>(問9) 2019年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol. 1)(平成31年4月12日)問6に「月額8万円の処遇改善を計算するに当たっては、現行の介護職員処遇改善加算による賃金改善分と分けて判断することが必要」とされているが、「役職者を除く全産業平均賃金(440万円)以上か」を判断するに当たっては、現行の介護職員処遇改善加算による改善を含めて計算することは可能か。</p>	<p>(答)</p> <p>経験・技能のある介護職員のグループにおいて、月額平均8万円以上又は賃金改善後の賃金が年額440万円以上となる者(以下このQ&Aにおいて「月額8万円の改善又は年収440万円となる者」という。)を設定することを求めている。この年収440万円を判断するに当たっては、現行の介護職員処遇改善加算による改善を含めて計算することが可能である。</p>
<p>(問10) 経験・技能のある介護職員のグループにおいて、月額8万円の改善又は年収440万円となる者を設定することについて、「現に賃金が年額440万円以上の者がいる場合にはこの限りでない」とは、具体的にどのような趣旨か。</p>	<p>(答)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今回の特定加算については、公費1000億円(事業費2000億円程度)を投じ、リーダー級の介護職員について他産業と遜色ない賃金水準(=440万円)を目指し、介護職員の更なる処遇改善を行うものである。 ・特定加算による改善を行わなくとも、経験・技能のある介護職員のグループ内に、既に賃金が年額440万円以上である者がいる場合には、当該者が特定加算による賃金改善の対象となるかに関わらず、新たに月額8万円の改善又は年収440万円となる者を設定しなくても、特定加算の算定が可能である。
<p>(問13) 本部の人事、事業部等で働く者など、法人内で介護に従事していない職員について、「その他職種」に区分し、特定加算による処遇改善の対象とすることは可能か。</p>	<p>(答)</p> <p>特定加算の算定対象サービス事業所における業務を行っている判断できる場合には、その他の職種に含めることができる。</p>

<p>(問 15)</p> <p>特定加算によって得られた加算額を配分ルール（グループ間の平均賃金改善額が 2:1:0.5）を満たし配分した上で、更に事業所の持ち出しで改善することは可能か。</p>	<p>(答)</p> <ul style="list-style-type: none"> 各事業所において、特定加算による処遇改善に加え、事業所の持ち出しで処遇改善を行うことは可能である。 この場合においては、特定加算による賃金改善分について配分ルールを満たしていることを確認するため、実績報告書における賃金改善所要額、グループごとの平均賃金改善額等においては、特定加算による賃金改善額を記載のうえ、持ち出しにより更なる賃金改善を行った旨付記すること（改善金額の記載までは不要）。
<p>(問 16)</p> <p>看護と介護の仕事を 0.5 ずつ勤務している職員がいる場合に、「経験・技能のある介護職員」と「その他の職種」それぞれに区分しなければならないのか。</p>	<p>(答)</p> <p>勤務時間の全てでなく部分的であっても、介護業務を行っている場合は、介護職員として、「経験・技能のある介護職員」、「他の介護職員」に区分することは可能。なお、兼務職員をどのグループに区分するか、どのような賃金改善を行うかについては、労働実態等を勘案し、事業所内でよく検討し、対応されたい。</p>
<p>(問 17)</p> <p>介護サービスや総合事業、障害福祉サービス等において兼務している場合、配分ルールにおける年収はどのように計算するのか。</p>	<p>(答)</p> <p>どのサービスからの収入かに関わらず、実際にその介護職員が収入として得ている額で判断して差し支えない。</p>
<p>(問 18)</p> <p>その他の職種に配分しない場合、計画書は空欄のままでよいか。</p>	<p>(答)</p> <p>その他の職種に配分しない場合等においては、人数部分について、「0（ゼロ）」等と記載する等記入漏れと判断されることがないようにされたい。</p>
<p>(問 19)</p> <p>「役職者を除く全産業平均賃金（440 万円）」とはどのような意味か。440 万円を判断するにあたり、役職者は抜いて判断する必要があるのか。</p>	<p>(答)</p> <ul style="list-style-type: none"> 特定加算の趣旨は、リーダー級の介護職員について他産業と遜色ない賃金水準を目指すものであり、その具体的な水準として、役職者を除く全産業平均の賃金である年額 440 万円の基準を定めているもの。 年額 440 万円の基準を満たしているか判断するに当たっては、役職者であるかどうかではなく、事業所毎で設定された、経験・技能のある介護職員の基準に該当するか否かで判断されたい。
<p>(問 21)</p> <p>法人単位で複数事業所について一括申請しており、そのうち一部事業所において加算区分の変更が生じた場合、変更届出は必要か。</p>	<p>(答)</p> <p>計画書における賃金改善計画、介護福祉士の配置等要件に変更が生じた場合は、必要な届出を行うこととなる。</p>

<p>●介護保険最新情報 vol.738「2019 年度介護報酬改定に関する Q&A (vol.3)」(令和元年 8 月 29 日)</p>	
<p>介護職員等特定処遇改善加算</p>	
<p>(問 1)</p> <p>2019 年度介護報酬改定に関する Q&A (Vol.1) (平成 31 年 4 月 12 日) 問 15 で、法人単位での取扱いについて触れられているが、法人単位で配分ルールを設定した場合、計画書の提出等はどのような取扱いとなるのか。</p>	<p>(答)</p> <p>法人単位で配分ルールを設定し処遇改善を行う場合であっても、「介護職員等特定処遇改善加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について(平成 31 年 4 月 12 日 老発 0412 第 8 号 厚生労働省老健局長通知)」(4)の複数の介護サービス事業所等を有する介護サービス事業所等の特例に基づき、指定権者毎に申請が必要である。</p>

	[令和4年10月からの取り扱いについては、「介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算及び介護職員等ベースアップ等支援加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和4年6月21日老発0621第1号）により規定されている]
--	---

●介護保険最新情報 vol.799「2019年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.4)」（令和2年3月30日）	
介護職員等特定処遇改善加算	
(問14) 2019年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol.2) 問12〔削除〕において、介護老人保健施設と短期入所療養介護等について、事業を一体的に行っており、同一の就業規則等が適用される等労務管理が同一と考えられる場合は、月額8万円の改善又は年収440万円となる者の設定にあたり、同一事業所とみなすことが可能とされているが、介護老人保健施設に併設している通所リハビリテーションについても同様に扱うことは可能か。	(答) 介護老人保健施設に併設する通所リハビリテーション事業所については、それぞれで、月額8万円の改善又は年収440万円となる者を設定する必要がある。
(問15) 「月額8万円以上」又は「年額440万円以上」の改善の対象とし、賃金改善を行っていた経験・技能のある介護職員が、年度の途中で退職した場合には、改めて別の職員について、「月額8万円以上」又は「年額440万円以上」の改善を行わなくてはならないか。	(答) <ul style="list-style-type: none"> ・ 特定処遇改善加算の配分に当たっては、賃金改善実施期間において、経験・技能のある介護職員のグループにおいて、月額8万円の改善又は年収440万円となる者を1人以上設定することが必要であるが、予定していた者が、賃金改善実施期間に退職した場合等においては、指定権者に合理的な理由を説明することにより、当該配分ルールを満たしたものと扱うことが可能である。 ・ なお、説明に当たっては、原則、介護職員処遇改善実績報告書・介護職員等特定処遇改善実績報告書の「④月額8平均8万円又は改善後の賃金が年額440万円となった者<特定>」欄の「その他」に記載することを想定している。
(問17) 介護サービスと障害福祉サービス等を両方実施しており、職員が兼務等を行っている場合における介護職員の賃金総額はどのように計算するのか。	(答) <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護職員処遇改善計画書・介護職員等特定処遇改善計画書に、職員の賃金を記載するにあたり、原則、加算の算定対象サービス事業所における賃金については、常勤換算方法により計算することとしており、同一法人において介護サービスと障害福祉サービスを実施しており、兼務している職員がいる場合においても、介護サービス事業所における賃金について、常勤換算方法による計算をし、按分し計算することを想定している。 ・ 一方で、計算が困難な場合等においては実際にその職員が収入として得ている額で判断し差し支えない。

●介護保険最新情報 vol.941「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(vol.1)」（令和3年3月19日）	
介護職員等特定処遇改善加算	
(問16) 特定加算の介護職員間の平均の賃金改善額の配分ルールが見直されたとのことであるが、具体的な取扱いはどのようなものか。	(答) <ul style="list-style-type: none"> ・ 特定加算について、事業所内でのより柔軟な配分を可能とする観点から、平均賃金改善額について、「経験・技能のある介護職員」は、「その他の介護職員」と比較し、「2倍以上」から「より高くする」ことに見直すものである。

	<p>これに伴い、配分ルールの見直しを行う場合は、労使でよく話し合いの上、設定されたい。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・なお、「月額8万円の改善又は改善後の賃金が年額440万円以上」の者は、引き続き設定する必要があることに留意されたい。
<p>(問18) 事業所における配分方法における「ただし、その他の職種の平均賃金額が他の介護職員の賃金改善額を上回らない場合等はこの限りでないこと。」とは、どのような意味か。</p>	<p>(答)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定加算については、介護職員の処遇改善という趣旨を損なわない程度で、介護職以外の職員も一定程度処遇改善を可能とする柔軟な運用を認めることとしており、この具体的な配分方法として、他の介護職員の平均賃金改善額については、その他の職種の平均賃金改善額の2倍以上となることを求めている。 ・ただし、その他の職種の平均賃金額が他の介護職員の平均賃金額を上回らない場合においては、柔軟な取扱いを認め、両グループの平均賃金改善額が等しくなる(1:1)までの改善を可能とするものである。 <p>なお、その他の職種全体では他の介護職員の平均賃金額を上回る場合であっても、その他の職種のうち、他の介護職員の平均賃金額を上回らない職種については、当該職種に限り、他の介護職員と平均賃金改善額が等しくなるまでの改善を行うことも可能である。</p>
<p>(問19) 介護給付のサービスと介護予防・日常生活支援総合事業を一体的に運営している場合であっても、月額8万円の改善又は年収440万円となる者を2人設定する必要があるのか。また、その場合の配分ルール(グループ間の平均賃金改善額1:1:0.5)はどのような取扱いとなるのか。</p>	<p>(答)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所において、介護給付のサービスと介護予防・日常生活支援総合事業を一体的に行っており、同一の就業規則等が適用される等労務管理が同一と考えられる場合は、法人単位の取扱いを適用するのではなく、同一事業所とみなし、 <ul style="list-style-type: none"> － 月額8万円の改善又は年収440万円となる者を1人以上設定すること － 配分ルールを適用すること <p>により、特定加算の算定が可能である。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・なお、介護給付のサービスと予防給付のサービス(通所リハビリテーションと予防通所リハビリテーションなど)についても同様である。 ・また、特別養護老人ホーム等と併設されている又は空所利用型である短期入所生活介護、介護老人保健施設等と短期入所療養介護についても、同様に判断することが可能であるとともに、これらについては、介護老人福祉施設又は介護老人保健施設等が特定加算を算定している場合において、短期入所生活介護等においても、同じ加算区分を算定することが可能である。(短期入所生活介護等において特定加算(I)を算定する場合は、体制等状況一覧表における「併設本体施設における介護職員等特定処遇改善加算Iの届出状況」(あり/なし)の欄について、「あり」と届け出ること。)
<p>(問20) 職場環境等要件について、届出に係る計画の期間中に実施する処遇改善の内容を全ての職員に周知していることとあるが、毎年度新たな取組を行わなければならないのか。</p>	<p>(答)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護職員等特定処遇改善加算における職場環境等要件については、「入職促進に向けた取組」、「資質の向上やキャリアアップに向けた支援」、「両立支援・多様な働き方

	<p>の推進」、「腰痛を含む心身の健康管理」、「生産性向上のための業務改善の推進」及び「やりがい・働きがいの醸成」について、それぞれ1つ以上（令和3年度は、6つの区分から3つの区分を選択し、選択した区分でそれぞれ1つ以上）の取組を行うことが必要である。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職場環境等要件については、令和3年度改定において、計画期間における取組の実施が求められることとされたが、これは毎年度新たな取組を行うことまで求めるものではなく、前年度と同様の取組を当該年度に行うことで、当該要件を満たすことも可能であること。
<p>(問 23)</p> <p>処遇改善計画書において「その他の職種（C）には、賃金改善前の賃金が既に年額 440 万円を上回る職員の賃金を含まないこと。」との記載があるが、年額 440 万円を上回る職員は「前年度の一月当たりの常勤換算職員数」についてどのように取り扱うのか。</p>	<p>(答)</p> <p>2019 年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.1)（平成31年4月13日）問 13 のとおり、平均賃金額の計算における母集団には、賃金改善を行う職員に加え、賃金改善を行わない職員も含めることとしており、年額 440 万円を上回る職員も、「前年度の一月当たりの常勤換算職員数」に含めることとなる。</p>
<p>(問 24)</p> <p>処遇改善計画書の作成時においては、特定加算の平均の賃金改善額の配分ルールを満たしており、事業所としても適切な配分を予定していたものの、職員の急な退職等によりやむを得ず、各グループに対して計画書通りの賃金改善を行うことができなくなった結果、配分ルールを満たすことができなかった場合、どのような取扱いとすべきか。</p>	<p>(答)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員の退職等のやむを得ない事情により、配分ルールを満たすことが困難になった場合は、実績報告にあたり、合理的な理由を求めることとすること。（令和2年度実績報告書においては、申出方法は問われないが、令和3年度においては、「介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和3年3月16日老発0316第4号）でお示しした実績報告書（様式3-1）の「◎その他」に記載されたい。） ・なお、その場合でも、特定加算による収入額を上回る賃金改善が必要である。 <p>[令和4年10月からの取り扱いについては、「介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算及び介護職員等ベースアップ等支援加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和4年6月21日老発0621第1号）により規定されている]</p>

<p>●介護保険最新情報 vol.993「介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算に関するQ&A」（令和3年6月29日）</p>	
<p>介護職員等特定処遇改善加算</p>	
<p>(問 2)</p> <p>実績報告書別紙様式3-2において、処遇改善加算の「本年度の加算の総額」のグループ別内訳を記載することとされているが、どのような記載が可能か。</p>	<p>(答)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定加算の配分比率を確認するため、介護職員について、経験・技能のある介護職員（A）と他の介護職員（B）にわけ、特定加算に加え、処遇改善加算についてもグループ別内訳の記載を求めているところ。 ・記載に当たっては、原則として、各グループに実際の配分された額の記載を求めているが、処遇改善加算について、経験・技能のある介護職員（A）と他の介護職員（B）で区別せず配分しており、この内訳が詳細に把握できない場合には、（A）（B）間の人数比等により推計し記載する

	<p>ことも可能であること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ なお、特定加算を算定していない事業所については、別紙様式3-2の処遇改善加算のグループ別内訳の欄の記載は不要である。
<p>(問3)</p> <p>独自の賃金改善を実施した事業所において、実績報告書別紙様式3-1及び3-2における賃金改善所要額、グループごとの平均賃金改善額等について、独自の賃金改善についてどのような記載すればよいか。</p>	<p>(答)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 原則、特定加算による賃金改善分について配分ルールを満たしていることが必要。そのため、特定加算の配分ルールを計算する際は、別紙様式3-1において賃金改善所要額に独自の改善額を含めず、特定加算のみによる賃金改善額を記載することが可能であり、別紙様式3-2においては、 <ul style="list-style-type: none"> － 本年度の賃金の総額の欄に、独自の賃金改善額を控除した額を記載するか － 本年度の加算の総額の欄に、独自の賃金改善額を含む額を記載することが可能。 ・ なお、別紙様式3-1において賃金改善所要額に独自の改善を含んだ額を記載することを妨げるものではない。 ・ また、処遇改善計画書の作成時においては、特定加算の平均の賃金改善額の配分ルールを満たしており、事業所としても適切な配分を予定していたものの、職員の急な退職や独自の賃金改善の実施等によりやむを得ず、各グループに対して計画書通りの賃金改善を行うことができなくなった結果、配分ルールを満たすことができなかった場合については、令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol.1) (令和3年3月19日) 問24も参照されたい。

3.2 介護職員等ベースアップ等支援加算 (令和4年10月1日施行)

- ・ 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事に届け出た通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、通所リハビリテーションを行った場合、所定単位数に加算する。

根拠法令等	
「厚生省告示第19号」 別表7 注	「老企第36号」 第2の8(31)
<p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、指定通所リハビリテーションを行った場合は、イからホまでにより算定した単位数の1000分の10に相当する単位数を所定単位数に加算する。</p> <p>※ 別に厚生労働大臣が定める基準（「厚生労働大臣が定める基準」平成27年厚生労働省告示第95号の三十四の三）</p> <p>通所リハビリテーション費における介護職員等ベースアップ等支</p>	<p>(介護職員等ベースアップ等支援加算について)</p> <p>訪問介護と同様であるので、2の(24)を参照されたい。</p> <p>【参照】2(24)</p> <p>介護職員等ベースアップ等支援加算の内容については、別途通知（「介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算及び介護職員等ベースアップ等支援加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」老発 0621 第1号令和4年6月21日）を参照すること。</p>

<p>援加算の基準</p> <p>第4号の3の規定を準用する。</p> <p>(準用)</p> <p>第4号の3 訪問介護費における介護職員等ベースアップ等支援加算の基準</p> <p>次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>イ 介護職員その他の職員の賃金改善について、賃金改善に要する費用の見込額が介護職員等ベースアップ等支援加算の算定見込額を上回り、かつ、介護職員及びその他の職員のそれぞれについて賃金改善に要する費用の見込額の3分の2以上を基本給又は決まって毎月支払われる手当に充てる賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。</p> <p>ロ <u>指定通所リハビリテーション事業所</u>において、賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の当該事業所の職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員等ベースアップ等支援計画書を作成し、全ての職員に周知し、都道府県知事に届け出ていること。</p> <p>ハ 介護職員等ベースアップ等支援加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために当該事業所の職員の賃金水準(本加算による賃金改善分を除く。)を見直すことはやむを得ないが、その内容について都道府県知事に届け出ること。</p> <p>ニ 当該<u>指定通所リハビリテーション事業所</u>において、事業年度ごとに当該事業所の職員の処遇改善に関する実績を都道府県知事に報告すること。</p> <p>ホ <u>通所リハビリテーション費</u>における介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定していること。</p> <p>ヘ ロの届出に係る計画の期間中に実施する職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知していること。</p>	
<p>(介護予防)「厚生労働省告示第127号」 別表5ワ注</p>	<p>(介護予防)「老計発第0317001号」 第2の6(15)</p>
<p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護予防通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、指定介護予防通所リハビリテーションを行った場合は、イからヌまでにより算定した単位数の1000分の10に相当する単位数を所定単位数に加算する。</p> <p>※ 別に厚生労働大臣が定める基準(「厚生労働大臣が定める基準」平成27年厚生労働省告示第95号の百十四の三)</p> <p>介護予防通所リハビリテーション費における介護職員等ベースア</p>	<p>(介護職員処遇改善加算の取扱い)</p> <p>介護予防訪問入浴介護と同様であるので、2(12)を参照のこと。</p> <p>【参照】2(12)より</p> <p>介護職員等ベースアップ等支援加算の内容については、別途通知(「介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算及び介護職員等ベースアップ等支援加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」老発 0621 第1号令和4年6月21日)を参照すること。</p>

ツブ等支援加算の基準

第4号の3の規定を準用する。⇒上記参照